

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 599

O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar

Celia Almeida

Brasília, novembro de 1998

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 599

O Mercado Privado de
Serviços de Saúde no Brasil:
Panorama Atual e Tendências da
Assistência Médica Suplementar*

*Celia Almeida***

Brasília, novembro de 1998

* *Texto produzido por solicitação do IPEA/PNUD, como parte dos estudos que subsidiaram a elaboração do relatório IDH Brasil 1997.*

** *Pesquisadora do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.*

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Ministro: *Paulo Paiva*
Secretário Executivo: *Martus Tavares*



Presidente
Fernando Rezende

DIRETORIA

Claudio Monteiro Considera
Gustavo Maia Gomes
Hubimaier Cantuária Santiago
Luís Fernando Tironi
Mariano de Matos Macedo
Murilo Lôbo

O IPEA é uma fundação pública, vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, cujas finalidades são: auxiliar o ministro na elaboração e no acompanhamento da política econômica e promover atividades de pesquisa econômica aplicada nas áreas fiscal, financeira, externa e de desenvolvimento setorial.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 145 exemplares

COORDENAÇÃO DO EDITORIAL

Brasília — DF:
SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10^o andar
CEP 70076-900
Fone: (061) 315 5374 — Fax: (061) 315 5314
E-Mail: editbsb@ipea.gov.br

SERVIÇO EDITORIAL

Rio de Janeiro — RJ:
Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14^o andar
CEP 20020-010
Fone: (021) 212 1140 — Fax: (021) 220 5533
E-Mail: editrj@ipea.gov.br

SUMÁRIO

SINOPSE

1	INTRODUÇÃO	5
2	AS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR	6
3	A DINÂMICA DA EXPANSÃO: ALGUNS FATORES EXPLICATIVOS	11
4	DIMENSIONAMENTO DO SETOR	16
5	OS LIMITES DO MERCADO	29
6	VINCULAÇÕES ENTRE O SUS E A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR	34
7	A QUESTÃO DA REGULAÇÃO	38
8	TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS	50
9	PARA CONCLUIR	66
	ANEXO	69
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

SINOPSE

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde no Brasil. Na última década, apresentou um crescimento expressivo, *pari passu* à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os atores que participam dessa arena setorial, acelerando-se o processo de aprovação de regulação específica. Atualmente, passa por um momento de transformação, que pode significar um ponto de inflexão importante em relação aos desenvolvimentos históricos anteriores.

O primeiro objetivo deste texto é traçar um panorama da situação atual e delinear tendências, em geral baseadas em estimativas quantitativas e inferências qualitativas. O segundo é cotejar, a partir das informações disponíveis, a realidade nacional com alguns dados internacionais, na perspectiva de iluminar aspectos críticos e contribuir para o debate.

No capítulo 2, procuramos delimitar a área sob análise, caracterizando a assistência médica suplementar desde a sua origem e descrevendo as modalidades existentes no Brasil. A seguir, analisamos a dinâmica da expansão recente e o dimensionamento do setor, discutindo os limites da expansão desse mercado. No capítulo 6, avaliamos as vinculações entre o SUS e a assistência médica suplementar. No capítulo 7, discutimos os pressupostos teóricos da regulação pública dos seguros privados *vis-à-vis* as especificidades do mercado de assistência médica e analisamos a recente regulamentação no Brasil, comparando-a com as experiências de outros países. No capítulo 8, analisamos as tendências internacionais, com especial ênfase nos EUA, discutindo as inovações trazidas pelas reformas contemporâneas — *managed care* e *managed competition* — e alertando para o reflexo dessa dinâmica no contexto nacional.

1 INTRODUÇÃO¹

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde.² Na última década, apresentou crescimento expressivo, *pari passu* à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os diversos atores que participam dessa arena setorial, incluindo os usuários dos planos de saúde, acelerando-se o processo de aprovação de regulação específica.

Ainda que alguns aspectos relevantes das relações público/privado no setor saúde no Brasil tenham sido objeto de estudo, a produção sobre essa temática ainda é bastante escassa, em parte pela inexistência de um sistema de informação e/ou de levantamentos de dados confiáveis que permitam afirmações mais conclusivas e balizadas empiricamente. Pode-se afirmar que, a despeito da importância no sistema de saúde brasileiro do setor privado, em geral, e da assistência médica suplementar, em particular, os aspectos problematizadores do mercado privado de saúde, assim como os correspondentes desenvolvimentos conceituais e analíticos que suscitam, encontram-se ainda em nível quase exploratório. Recentemente, entretanto, verifica-se maior preocupação, acadêmica e política, sobre as questões que permeiam o debate sobre o tema, bastante exacerbado na atual conjuntura.

Não obstante, é possível traçar um panorama da situação e delinear tendências, ainda que, na maioria das vezes, baseadas em estimativas (quantitativas) e inferências (qualitativas) a partir dos dados e informações existentes. Esse é o primeiro objetivo deste texto. O segundo é cotejar, com base nas informações disponíveis, a realidade nacional com alguns dados internacionais, na perspectiva de iluminar aspectos críticos e contribuir para o debate atual.

2 AS MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

¹ Agradeço a Ligia Bahia (pesquisadora do NESC/UFRJ), Pedro Ribeiro Barbosa (professor da ENSP/FIOCRUZ), Carlos Otávio Ocké Reis (pesquisador da ENSP/FIOCRUZ), Joilson dos Santos (vice-presidente do CIEFAS e presidente da Cassi) e José Carlos Santiago (diretor-superintendente do FIOPREV/FIO-SAÚDE/FIOCRUZ) pela generosa oferta de informações que enriqueceram este trabalho e pelas discussões que iluminaram aspectos importantes desta reflexão. Da mesma forma, agradeço a Sergio Francisco Piola e sua equipe de trabalho no IPEA pelas críticas pertinentes e sugestões que foram inteiramente incorporadas ao texto original. Obviamente os equívocos ou possíveis erros analíticos são de minha inteira responsabilidade.

² Não existe consenso na literatura sobre essa denominação, sendo que alguns utilizam o termo atenção médica supletiva [Mendes (1994)] e outros, assistência médica complementar [Elias (1996)]. Concordando com Bahia (1997, p. 1), adotamos a denominação de *assistência médica suplementar*, que integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito de acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde.

Apenas para delimitar a área sob análise, o que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita [Burgos *et alii* (1991, p. 85), com base em Médici (1991)].

A exigência básica, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isso é, a sua compra), que pode assumir diferentes modalidades, desde as mais tradicionais — compra direta pelo usuário ao prestador de serviços — até as mais complexas, que envolvem a intermediação de terceiros — contratos entre indivíduos-famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas).

Não existe na literatura nacional disponível uma conceituação mais elaborada que permita caracterizar com maior precisão os diversos componentes do mercado privado de serviços de assistência médica no Brasil. A primeira conceituação foi elaborada por Médici (1991a) e identifica os segmentos que compõem esse mercado.³ Na literatura internacional, a denominação de seguro-saúde está relacionada com pelo menos duas abordagens, em geral referidas à realidade estadunidense. A primeira, o *seguro tradicional* seria a proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns (ou *catastroficamente caros*). A segunda, e mais recente, diz respeito especificamente à prestação efetiva de assistência médica, isto é, ainda que traga embutida a proteção financeira, é um meio coletivo de financiamento da atenção, garantindo acesso a grupos específicos, a menor custo. Assim, a típica política das companhias de seguro seria o reembolso ao segurado do gasto efetuado com assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos. Entretanto, de maneira geral, as modalidades disponíveis no mercado combinam função de seguro com a de prestação de serviços, o que evidencia que, no plano operacional, a diferenciação é apenas retórica.

As principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são:

³ Em trabalho pioneiro, Médici (1991a, p. 8) identifica os seguintes segmentos no mercado privado de saúde no Brasil: 1) segmento privado contratado pelo setor público, que são clínicas (ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico) e hospitais (lucrativos e filantrópicos) que vendem serviços para atendimento de uma clientela indiferenciada; 2) segmento médico-assistencial das empresas que, por meio de diversas modalidades, atendem a clientelas específicas vinculadas ao mercado formal de trabalho; 3) segmento médico assistencial das famílias, cujas modalidades, atendem a indivíduos e/ou famílias que voluntariamente compram serviços diretamente aos prestadores ou estabelecem contratos por meio de planos e seguros de saúde; e 4) segmento beneficente filantrópico, voltado para clientelas abertas e fechadas. Essa classificação identifica apenas a morfologia dos diferentes mercados privados de serviços de saúde no Brasil e pouco acrescenta em termos analíticos. Os segmentos 2, 3 e 4 constituem, para Médici, o *setor privado autônomo*, sendo os dois primeiros os mais relevantes, que neste trabalho denominamos assistência médica suplementar.

1. *Medicina de Grupo*: constituída por empresas médicas similares às *HMOs* dos EUA, que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. É a forma dominante no mercado. A abrangência das empresas de medicina de grupo em geral é regional, e os maiores grupos atuam nas grandes cidades. A maioria (73%) é de pequeno porte (menos de 100 mil beneficiários). São predominantemente contratadoras de serviços, e os planos mais vendidos são de natureza *standard*. Aparentemente, tem-se constituído um mercado específico para a classe média (mais recentemente para os grupos C e D) e para a parcela melhor situada no mercado formal de trabalho [Médici (1992, p. 20, dados de 1988)]. A estrutura de atendimento compõe-se de serviços próprios e credenciados, sendo que as diferentes empresas combinam ou não as duas formas de oferta. O acesso à rede própria ou credenciada é livre, e o uso de serviços não credenciados é previsto nos planos mais caros, implicando o ressarcimento dos gastos segundo valores calculados por múltiplos da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH) — o que não garante a reposição total das despesas efetuadas.

Nos planos destinados a pessoas jurídicas, a característica é a adesão automática dos empregados, quando os custos são pagos integralmente pelo empregador; no caso de os custos serem rateados entre empresa e trabalhador, a vinculação ao plano é opcional. Em alguns casos existe o plano mínimo, obrigatório, custeado pelo empregador, e os demais planos opcionais, com diferentes preços e normas de acesso aos serviços, complementares ao básico. As negociações dos convênios com empresas ou associações profissionais ou grupos específicos podem incluir prazos de carência mais vantajosos, ou mesmo nenhum tipo de carência, para utilização de alguns serviços, assim como valores menores de prestações, dependendo do volume e das características da clientela cadastrada. As entidades que representam as empresas de medicina de grupo são a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), criada em 1966, no mesmo ano de constituição da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); o Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE), criado em 1987 e responsável pelas tratativas trabalhistas do sistema; e o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE), criado em 1990.⁴

2. *Cooperativas Médicas*: é a modalidade em que os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção de cada um (isto é, tipo e quantidade de atendimento), valorada segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), além de que participam do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais (chamadas *singulares*). A UNIMED é a mais forte delas, representa a quase totalidade desse segmento do mercado, e apresentou importante crescimento no final da década de 80, com difusão em todo o território nacional e representações regionais. Segundo seus princípios básicos, todo atendimento deve ser realizado em instalações de cooperados ou credenciados, porém, mais recentemente, algumas cooperativas têm investido na aquisição, construção e ar-

⁴ O sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE congrega hoje cerca de 300 das 670 empresas de medicina de grupo do mercado, e é responsável por mais de 60% do total do atendimento dessa modalidade [ABRAMGE (1997, p. 1)].

rendamento de hospitais [Andreazzi (1991); Bahia (1991)]. Operam com planos de pré-pagamento e a maioria de seus beneficiários é proveniente de convênios-empresa [Bahia (1991, p. 44)]. A Confederação das UNIMED é a entidade de representação nacional.

3. *Planos Próprios das Empresas*: são aqueles em que as empresas ou administram programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração). Na maior parte dos casos das empresas/instituições estatais e da administração pública os programas são geridos pelas próprias empresas ou por instituições privadas sem fins lucrativos (caixas e fundações), promovidas e mantidas pelas empresas/instituições (patrocinadoras) juntamente com seus funcionários.⁵ Os programas de autogestão foram os que mais cresceram nessa modalidade no final da década dos 80. Em geral, a autogestão combina a compra de serviços de saúde administrada pela própria empresa com outras modalidades, e algumas empresas ainda acrescentam o *auto-seguro* para contornar a ampliação dos limites para uso da livre escolha e a cobertura adicional para aposentados [Médici (1992)]. Em ambos os casos o ônus adicional é coberto pelo empregado. As contribuições patronais das fundações de previdência fechada ao custeio do plano de benefícios previdenciários não podem ser inferior a 30% do total. No que toca à assistência à saúde, a contribuição da patrocinadora varia, e a contribuição do empregado é definida segundo taxação progressiva sobre seus salários, na maioria dos casos descontada da folha de salários. Algumas empresas financiam integralmente planos básicos para seus empregados, mas na maioria existe também a participação do empregado, além dos planos complementares, opcionais, com diferentes valores e formas de acesso aos serviços, inclusive com livre escolha e reembolso — são raros os casos em que os funcionários contribuem com mais de 50% [Médici (1992, p. 12)].⁶ Essa modalidade teve crescimento importante no final da década de 80. As entidades que a representam são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).⁷

⁵ O surgimento da previdência complementar nos anos 70 incentivou o desenvolvimento desses planos, sendo que Fundação de Seguridade Social da Petrobrás (PETROS) serviu de modelo para outras empresas [Andreazzi (1991)].

⁶ No caso das instituições do Poder Executivo, o Decreto-Lei nº 2 383, de 12 de novembro de 1997, restringe a contribuição da patrocinadora à dotação específica definida no orçamento institucional de 1998, vedando também o encaminhamento de qualquer solicitação de crédito adicional para esse fim, por qualquer fonte. Essa medida, aliada à contenção dos orçamentos públicos, significou, de fato, a diminuição da contribuição patronal para a assistência à saúde e, conseqüentemente, o aumento da participação dos funcionários. Inicialmente, o debate deu-se em torno da proposta de fixação de um teto de R\$ 24,00 *per capita* para a contribuição do empregador, o que praticamente inviabilizaria os planos de saúde em muitas instituições públicas da administração direta.

⁷ A ABRASPE foi criada em 1980, com o objetivo de representar os interesses dos programas de assistência médica de empresas públicas, mistas e privadas — em 1989, o universo de representação compunha-se de 99 programas, cerca de um terço do total existente no Brasil — [Burgos *et alii* (1991, p. 92)]. Em 1990, com a crescente expansão da autogestão, foi criada uma entidade com a finalidade de representar esses interesses, o CIEFAS, que congrega hoje 117 empresas, majoritariamente empresas e instituições públicas e mistas [CIEFAS (1996)].

4. *Seguro-Saúde*: classicamente, é a modalidade em que há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo as condições estabelecidas em contrato. Ou seja, as seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos por ocasião de *sinistros* relativos à saúde, segundo a apólice de seus segurados. Os produtos das seguradoras são apólices, que se transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato. A atual legislação faculta às seguradoras o credenciamento de prestadores e os convênios com empresas, associações profissionais e/ou grupos específicos.

A medicina de grupo, as cooperativas e o seguro-saúde são financiados por meio de sistemas de pré-pagamento *per capita*. No caso de indivíduos que contratam diretamente seus planos de saúde com seguradoras ou operadoras, pagando do próprio bolso, o valor é calculado atuarialmente, segundo uma análise do risco do indivíduo e seus dependentes que leva em consideração sexo, idade, patologia preexistente, etc. Entretanto, em geral esses parâmetros não são muito claros para o usuário, além de estimar-se que não sejam aplicados corretamente [Médici e Czapski (1995, p. 50)]. No caso das empresas, o valor do pré-pagamento é único para toda a população de empregados e dependentes, sendo que o cálculo atuarial da cota pré-paga representa uma *proxy* do risco coletivo médio daquela população. O financiamento é feito ou diretamente pela empresa, considerando-o integralmente como custo operacional (que é repassado para o preço final dos produtos), ou de forma partilhada com os empregados, variável em cada caso e com valores diferentes para distintos segmentos de funcionários na mesma empresa. Em alguns casos, esse financiamento é feito totalmente pelo empregado.

As empresas que administram seus próprios planos também utilizam o sistema de pós-pagamento, no qual o valor pago mensalmente corresponde a um rateio dos gastos com saúde efetivamente realizados, no mês anterior, pela população de empregados coberta pelo plano. Também aqui as formas de financiamento variam da cobertura integral pela empresa a valores rateados e negociados entre empregados e empregador.⁸

Em qualquer caso, esses pagamentos voluntários (da empresa e/ou do empregado) são adicionais às contribuições à Seguridade Social.

Todas as modalidades oferecem diferentes tipos de *planos de saúde*, e assinala-se a *ambigüidade* desse termo, seja no mercado, seja no debate setorial, uma vez que é utilizado simultaneamente para designar tanto o produto de uma operação de seguro — na qual o cliente escolhe o plano — quanto para diferenciar a natureza empresarial das seguradoras — que vendem apólices — das demais empresas que comercializam planos de pré-pagamento [Bahia

⁸ Nos sistemas de autogestão, pesquisa recente do CIEFAS aponta que 22% adotam o sistema de pré-pagamento, 67%, o de pós-pagamento, e 11% utilizam ambas as formas. Das que adotam o sistema de pré-pagamento, 41% descontam um percentual de 4% sobre o salário bruto mensal; 36% determinam um valor médio mensal de R\$43,37; e 23% descontam um percentual mensal variável segundo a faixa salarial, que se situa, em média, em 14%. Em relação ao pós-pagamento, 80% descontam um percentual sobre a despesa efetuada pelo beneficiário; as demais fazem rateio das despesas entre todos os beneficiários do programa ou utilizam outro método [CIEFAS (1998)].

(1997, p. 7)]. De maneira geral, todas as modalidades, em maior ou menor medida, prestam assistência por meio de serviços tanto próprios quanto credenciados, assim como reembolsam a despesa efetuada pelo usuário com prestador de sua livre escolha segundo valores estabelecidos em tabela ou um teto anual por usuário. Isso é válido, porém, apenas para a atenção ambulatorial, pois a assistência hospitalar tem regras mais rígidas, tanto no que concerne à livre escolha quanto ao reembolso (em geral parcial e limitado a alguns procedimentos). Na realidade, a restrição aos serviços próprios ou contratados e a combinação com a possibilidade da livre escolha (reembolso) são o que distingue um plano do outro, numa mesma modalidade, e determina também os diferentes preços e, conseqüentemente, a segmentação interna de clientela numa mesma modalidade (ver quadro 1 no anexo). Contudo, no que toca à atenção hospitalar de alta complexidade, internações de longo prazo, doenças crônicas, em razão das restrições impostas pelos planos, acaba por ser prestada mesmo pelo setor público, principalmente naqueles casos em que o paciente não tem condições financeiras de bancar o custo adicional por seus próprios meios.

3 A DINÂMICA DA EXPANSÃO: ALGUNS FATORES EXPLICATIVOS

Tem sido apontada na literatura setorial, e reiteradamente divulgada na imprensa, grande expansão do número de consumidores de planos e seguros privados de saúde, sobretudo a partir do final da década de 80, apesar da fragilidade das informações disponíveis. Alguns ensaios têm formulado hipóteses explicativas dessa expansão.

Uma das teses mais difundidas e consensuais é a que relaciona a difusão e expansão do setor da assistência médica suplementar com a queda no nível da qualidade dos serviços públicos de saúde. Esse processo remontaria aos anos 60 e 70 e, com a unificação administrativa e a uniformização da assistência em torno à Previdência Social, teria sido reiterado com a concomitante universalização e agravado com a reforma sanitária na década de 80, que retira da demanda da esfera pública os extratos de médio e alto poder aquisitivo, que são absorvidos pelo setor privado [Favaret e Oliveira (1990); Médici (1991a); Mendes (1993)].

Outra linha de análise relaciona essa expansão com fatores tais como: a consolidação do capital financeiro, no Brasil, na década de 60, que teria criado as bases estruturais para sua inserção no mercado de proteção social; a heterogeneidade estrutural própria dos modelos de reparação à saúde adotados para os trabalhadores desde os anos 30; e a emergência/expansão da classe média nos anos 70, que, ao perder poder aquisitivo na década seguinte, seria compelida a lançar mão de planos de saúde diante dos altos preços da assistência médica [Andreazzi (1991)].

Invocam-se, ainda, os vínculos dessa expansão com a privatização de algumas funções públicas, entre as quais a assistência médico-hospitalar, como resultado da confluência entre a interação de interesses de operários e patrões e a tradição histórica de compra de serviços da previdência social [Luz (1991); Burgos *et alii* (1991); Bahia (1991)].

Na realidade, essas diferentes teses explicativas podem ser consideradas complementares, mas sua inter-relação precisa ser qualificada.

Assim, a flutuação no volume de recursos destinados ao setor saúde tem sido a norma nas últimas décadas, sendo que o subfinanciamento do setor público e a conseqüente perda de qualidade dos serviços é um fenômeno que se agravou de forma importante mais recentemente. Paralelamente, a diversidade de respostas e soluções encontradas para fazer frente a essa realidade exige a incorporação de distintas variáveis explicativas. De fato, um conjunto de fatores de natureza diversa, não necessariamente vinculados ao setor saúde, condicionou e exerceu influência significativa nessa expansão, variável em cada caso e modalidade de atenção suplementar. Além disso, os desenvolvimentos históricos de cada uma delas também têm distintas origens e desdobramentos.

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Iniciam-se aí as modificações no *mix* público/privado no setor saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada [Donnangelo (1975); Cordeiro (1984); Oliveira e Teixeira (1986); Luz (1991); Vianna (1995)].

Não é nosso objetivo detalhar esse processo, que aliás está bastante bem documentado na literatura, mas, para o que nos interessa discutir aqui, a segunda estratégia é fundamental. Os chamados convênios-empresa são a materialização inicial desse movimento, como forma de diminuir o ônus do Estado e *aliviar* seu papel na provisão de serviços de assistência médica [Cordeiro (1984); Vianna (1995)],⁹ pois legitimaram uma nova forma de articulação públi-

⁹ O primeiro convênio-empresa foi assinado em 1964, com a Volkswagen, e a institucionalização dessa prática deu-se pelo do Decreto-Lei nº 73, de 1966, que definiu o regime de pré-pagamento — base dos planos de saúde —, validando sua adoção por entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos, ou por estabelecimentos hospitalares. Em 1966, 80 empresas médicas formaram a Associação Brasileira de Medicina de Grupo—ABRAMGE [Cordeiro (1984)]. O mesmo decreto estabelece as bases do sistema de seguros privados no Brasil, criando as seguintes instâncias: Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); companhias e corretores de seguros. O seguro-saúde também é instituído e tem seus mecanismos de funcionamento definidos pela mesma lei [Bahia (1997)]. Já as cooperativas médicas, fundadas em Santos/São Paulo, em 1967, entram no mercado como contraposição (no nível do discurso) ao *empresariamento da medicina* [Médici (1991b)], isto é, configuram-se como uma organização que preserva a prática médica liberal e se opõe à estruturação empresarial, como afirmou Edmundo Castilho, então presidente da Confederação das UNIMED: “Na UNIMED ninguém é patrão. Os cooperados atendem aos clientes da forma que preferirem, marcando hora ou não. Não há salários. No final do mês são pagas as despesas e é feito o rateio entre os cooperados, sem o objetivo de lucro” [apud Médici (1991b, p.18)].

co/privado e incentivaram o empresariamento dos próprios médicos. Estimulados pela demanda do setor produtivo — em expansão e que se apresentava com uma clientela potencial crescente e diversificada — e legitimados pelo Estado, os grupos médicos ou se reestruturaram ou se criaram segundo uma perspectiva empresarial mais sólida, incluindo-se aqui tanto a medicina de grupo quanto as cooperativas médicas [Cordeiro (1984)]. Simultaneamente, institucionalizam-se e são definidas as bases do sistema de seguros privados, delimitando as possibilidades de atuação empresarial dos grupos médicos, cooperativas e seguradoras [Bahia (1997)].

Os seguros-saúde, por sua vez, definidos com relação à possibilidade de *livre escolha* e pagos por meio de reembolso individual de despesas, não se expandem nesse momento. O deslançar dessa modalidade foi posterior, já no final dos anos 80, quando a SUSEP instituiu o seguro grupal de assistência médico-hospitalar, autorizando as seguradoras a estabelecerem acordos ou convênios com prestadores, o que na prática possibilitou, também às seguradoras, a comercialização de planos de saúde relacionados a uma oferta referenciada, com o pagamento dos serviços diretamente ao prestador [Bahia (1997, p. 21)] (Circular nº 5 da SUSEP/1989).

No que concerne aos planos de saúde próprios do empregador (público e privado), ocupam lugar expressivo no mercado privado de saúde e, embora haja referências a que existam desde os anos 40, ganharam impulso a partir do final dos anos 70, com a legislação que cria os sistemas fechados e abertos de previdência complementar.¹⁰ Estão vinculados não apenas às políticas de recursos humanos das empresas, mas cada vez mais integram as pautas de negociação salarial, entrando como moeda de troca para salários mais baixos ou *congelados*, isto é, como salário indireto.

Pode-se dizer, portanto, que a reestruturação do *mix* público/privado para a prestação da assistência médica, no Brasil, tem um componente importante na articulação, inicialmente, entre grupos médicos e empresas e, posteriormente, entre estas e seguradoras, e se consolida basicamente em duas conjunturas.

¹⁰ Esses sistemas são criados em 1977, pela Lei nº 6 435, relativa à previdência privada, que permite dois tipos de modalidades de previdência complementar — as abertas e as fechadas — e possibilita o investimento de recursos dos fundos de pensão na oferta de assistência médica. Entretanto, nem sempre os planos de saúde próprios do empregador foram criados na esteira dos fundos de pensão, como no caso da PETROBRÁS, cujos planos próprios de saúde antecedem os fundos de pensão e são oferecidos aos seus empregados desde a criação da empresa, em 1953, enquanto a entidade de previdência complementar foi reconhecida em 1970, mantendo-se o programa para empregados e dependentes separado da Previdência Social [Bahia (1997, p. 20)]. Assinala-se, entretanto, que parte significativa das empresas com previdência complementar oferta também planos de saúde para seus empregados, sendo que, após a legislação de 1977, observou-se grande crescimento desses fundos, de modo mais acentuado na iniciativa privada [Burgos *et alii* (1991, p. 8)]. Registra-se, porém, que as entidades fechadas de previdência complementar detêm 95% desse mercado, sendo 80% constituídos de fundos vinculados a empresas públicas [Stephanes (1993, p.141), *apud* Bahia (1997, p. 21)].

A primeira coincide com o ciclo expansivo da modernização econômica alavancado pelo Estado autoritário [Cordeiro (1984); Viana (1995)], em que a intervenção estatal teve dupla orientação: extensão da cobertura para os segmentos de menor renda e criação de mecanismos diferenciados para segmentos específicos do mercado formal de trabalho. A entrada do então INPS como parceiro trazia vantagens: participava no custeio,¹¹ fiscalizava os serviços e possibilitava a diferenciação no atendimento dessa clientela selecionada (operários qualificados, assalariados com rendas médias e altas, profissionais liberais, etc.). Já então o setor público se deteriorava, pois o aumento de cobertura não se acompanhou do concomitante investimento público, e os mecanismos de compra de serviços apresentavam sinais de exaustão [Médici (1992)]. Por outro lado, essa adesão foi subsidiada tanto para pessoas físicas (com a possibilidade de deduzir as despesas com saúde do imposto de renda) quanto para pessoas jurídicas (com a transformação dos gastos com assistência médica dos empregados em custos operacionais da empresa, o que possibilita o repasse para os preços dos produtos).

A segunda conjuntura dá-se no período da transição democrática e é permeada pela retração da atividade econômica, com a conseqüente racionalização da oferta de serviços, contenção de despesas e a emergência das múltiplas pressões políticas que o processo desafogava. Por um lado, posições neoliberais que denunciavam a demasiada (e generalizada) ingerência do Estado em diversas áreas; por outro, protestos setoriais veementes contra qualquer parceria Estado/mercado e a defesa radical do privilégio e fortalecimento do setor público como essência da reforma sanitária.

A estratégia de contenção de custos do então INAMPS, como resultado da crise financeira do sistema previdenciário (1981-84), a perda da capacidade de fixar preços competitivos e o vazio normatizador que se seguiu agravaram-se com os sucessivos planos estabilizadores. Desde 1983, o Estado havia deixado de assinar novos contratos com empresas, além de não renovar os vigentes. Porém, de fato, esse segmento do mercado privado de serviços já havia se autonomizado.

Em resumo, no processo de sucessivas reformas da assistência médica, implementadas nas três últimas décadas, o Estado primeiro desencadeou e estimulou, por meio de políticas explícitas, as parcerias com o setor privado, numa perspectiva privatizadora,¹² e, posteriormente, abdicou das funções mediadora e reguladora, principalmente pela não-decisão, permitindo que as relações implícitas entre o público e o privado vigorassem *sem intervenção* e perdendo, assim, a capacidade de regulá-las. Essa ausência de regras claras para o funcionamento do mercado e de mecanismos para fiscalizá-lo tensiona as relações entre os diversos atores do setor e distingue o Brasil de outros países em que o setor privado é dominante, como, por exemplo, os EUA (caso paradigmático), mas as regulações são explícitas, principalmente no que concerne à seletividade do sistema e aos direitos dos consumidores.

¹¹ Resolução INPS, abril, 1969, estabelecia um valor fixo mensal, por empregado, equivalente a 5% do maior salário mínimo vigente no país [Oliveira e Teixeira (1986)].

¹² Viana (1995) denomina esse processo de *americanização do sistema de saúde*, assinalando, porém, suas várias faces perversas, mencionadas também ao longo deste texto.

Concretamente, pode-se afirmar que, com a universalização da assistência institucionalizada com a criação do SUS, numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica e de difusão de paradigmas de reforma setorial francamente antiestatizantes, amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados, seja pelas flutuações orçamentárias que condicionam a parcela que cabe ao setor saúde no Orçamento da Seguridade Social,¹³ seja pelo conseqüente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extra-setorial do mercado de trabalho.

É importante lembrar também que, em termos gerais, a prestação de serviços de assistência médica pelo mercado privado está relacionada a uma concepção de proteção social não redistributiva, que vincula o valor da contribuição aos benefícios (o que não o distingue dos esquemas públicos de seguro social), mas pressupõe uma adesão voluntária, individual, ao esquema privado para acesso à assistência médica, com a possibilidade da *livre escolha* de médicos e serviços, contraposta à compulsoriedade de contribuição e uso de determinados serviços, que se reveste de forte carga valorativa [Viana (1995)]. Ademais, o acesso aos serviços, coletivamente negociado, dá-se por meio de esquemas de socialização de riscos; e a prestação de serviços é efetuada por profissionais de algum modo pré-determinados por meio dos serviços referidos [Burgos *et alii* (1991)].

Essas especificidades conferem ambigüidade ao caráter individual ou coletivo (social) dos seguros privados grupais, tanto pelo fato de designar demandas potenciais que correspondem a necessidades de determinados segmentos sociais (como no caso dos planos de empresas), quanto pela inequívoca participação da sociedade na sustentação desses esquemas privados, seja por meio de deduções fiscais, repasse para o preço do produto ou redução do salário nominal dos empregados, pela conotação de salário indireto desse tipo de benefício.

No caso brasileiro, os subsídios e incentivos presentes no sistema configuram traços extremamente perversos, que aprofundam o quadro de desigualdades do setor saúde.

4 DIMENSIONAMENTO DO SETOR

As fontes de informação disponíveis sobre a denominada assistência médica suplementar não são homogêneas e, em geral, são produzidas ou pelas próprias empresas que integram o mercado, por meio de suas entidades representativas, ou por firmas privadas de consultoria contratadas para o fornecimento de estimativas sobre a concorrência, a fim de subsidiar o in-

¹³ O dispositivo constitucional protecionista (Constituição Federal, Disposições Transitórias, Art. 55), que vincula 30% do Orçamento da Seguridade Social (exceto a parte destinada ao seguro-emprego) ao setor saúde — e não ao Sistema Único de Saúde, é interessante ressaltar — *transitou para o passado*, como dizem os juristas. Tal preceito teve vigência por um ou dois anos, quando muito, pois estava condicionado à promulgação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

vestimento.¹⁴ As fontes oficiais são escassas e, em geral, não têm continuidade no levantamento dos dados, sendo que algumas pesquisas existentes se restringem a áreas geográficas ou itens específicos [Bahia (1997)].¹⁵

Sendo assim, as análises possíveis de serem elaboradas permitem, quando muito, algumas inferências, e não afirmações conclusivas. Além disso, os dados apresentam discordâncias entre as diversas fontes, para o mesmo ano, sendo que a comparabilidade está comprometida por não termos dados das mesmas fontes para todos os anos. Optamos, assim, por utilizar diferentes fontes, na perspectiva de avaliar tendências e magnitudes desse mercado, apesar da imprecisão trazida pelos dados.

O setor de assistência médica suplementar está composto por mais de 1 000 empresas, movimenta cerca de US\$ 14,8 bilhões por ano, isto é, cerca de 2,6% do produto interno bruto (PIB), e cobre cerca de 26,8 % da população brasileira (cerca de 42 milhões), segundo dados da ABRAMGE estimados para 1996.¹⁶ Nas estatísticas das próprias empresas, o contingente de adesão individual totaliza 20% do total de beneficiários dos planos de saúde, cerca de 8 milhões de pessoas (5% da população); portanto, os segurados vinculados ao empregador estariam em torno de 34 milhões (cerca de 22% da população). Isso significa que 73% da população (mais de 115 milhões de pessoas) depende do atendimento público provido pelo SUS.

Contudo, é importante frisar que a segmentação da clientela que esses números evidenciam não é absoluta. Como se pode deduzir a partir das características restritivas dos planos de saúde, a maior parte dos seus filiados, em algum momento, recorre ao SUS, pelo menos nos casos de procedimentos de alto custo não cobertos pelos contratos ou que são acessíveis por canais privilegiados. Em contrapartida, pode-se afirmar que parcela importante dos 115 milhões de pessoas *sus dependentes* compõe sua cesta de consumo de serviços médicos de acordo com a respectiva vontade e capacidade de pagar, utilizando, em determinadas circunstâncias, serviços privados pagos *out of pocket*, como, por exemplo, tratamento odontológico, pagamento de anestesistas e/ou hotelaria diferenciada e outros serviços de consumo eventual em que seja

¹⁴ Dentre estas destacam-se a Towers, Perrin e Crosby, a Arthur Andersen Consulting e a Modelo Consultoria Ltda.

¹⁵ Entre as fontes oficiais, encontram-se dados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 1981, na qual foi incluída uma pergunta sobre as modalidades utilizadas pelas pessoas entrevistadas para o pagamento de serviços médicos hospitalares, no mês anterior à pesquisa, entre as quais foram arroladas o pré-pagamento, que não englobava os planos próprios das empresas. Entretanto, no último suplemento da PNAD de 1986, essa pergunta foi retirada. Recentemente, a elaboração do novo questionário a ser empregado na próxima pesquisa tem feito levantamentos e entrevistas com o intuito de formular questões que permitam ter dados passíveis de análises mais conclusivas sobre o setor. Existem também alguns poucos estudos elaborados por pesquisadores, que serão citados ao longo do texto, assim como uma pesquisa elaborada por BNDES, CNI e SEBRAE [Bahia (1997, p. 25)].

¹⁶ O dados da FENASEG — Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados —, de dezembro último, são semelhantes — faturamento de R\$ 16 bilhões e cobertura de 26,3% da população — assim como os da Golden Cross e os da ABRAMGE.

grande a fila de espera, como é o caso da consulta oftalmológica, da ultrassonografia em caso de gravidez, etc.

Essas características não apenas conferem peculiaridade ao mercado brasileiro de serviços privados de assistência médica, como também indiciam a inter-relação perversa entre os setores público e privado.

Concretamente, houve aumento do número de beneficiários dos planos de saúde a partir do final da década de 80. Entretanto, esse crescimento não foi homogêneo para todas as modalidades, sendo que o incremento de cobertura em número de pessoas foi maior no período 1987-94, liderado pelo seguro-saúde, seguido pelas cooperativas médicas e os planos próprios das empresas. A medicina de grupo foi a que apresentou o menor crescimento, porém sempre incremental, nos dois períodos, 1987-94 e 1994-96, sendo maior no segundo (respectivamente 6% e 8%), enquanto as demais modalidades diminuíram bastante o ritmo de incorporação de novos beneficiários no período 1994-96. O seguro-saúde é a modalidade que apresenta o maior crescimento em todo o período 1987-96 (757,1%). O mesmo movimento verifica-se na cobertura de planos de saúde na população total (maior crescimento no período 1987-94), sendo que a medicina de grupo tem decréscimo de 11,3%, e o seguro-saúde cresce mais de 533%, seguido das cooperativas médicas e dos planos próprios das empresas (ver tabelas 1 e 2).

TABELA 1
Número de Empresas e Cobertura das Modalidades da
Assistência Médica Suplementar, Brasil, 1996-1996¹

Modalidades da Assistência Médica Suplementar	Número de Empresas		Estimativa de Cobertura (milhões de pessoas)		% no Mercado	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Medicina de grupo ¹	555	670	15 a 16	17,3	44,0	42,2
Cooperativas médicas ²	332	320	8 a 8,5	10,0	23,6	24,4
Planos próprios das empresas ³	150	150	8,0	9,0	23,6	21,9
CIEFAS ⁴	-	117	-	3,9	-	9,5
Seguradoras ⁵	20	40	3 a 4	4,7	8,8	11,5
Total	1029	1180	34 a 36,5	41,0	100	100

Fonte: Bahia (1997, p. 51), para 1995. Dados do Fórum Nacional de Seguros-Saúde, 1996 e Arthur Andersen, "Análise Setorial do Mercado Segurador, 1995/1996", e dados da Golden Cross para 1996 (estimativas para dezembro/1996) [Uehara (1997, p. 57)].

Notas: ¹ Planos com cobertura local e/ou regional.

² Planos com cobertura local.

³ Nos dados da ABRAMGE e outras entidades das empresas, essa modalidade é referida como autogestão. Preferimos adotar a denominação de planos próprios das empresas porque a própria ABRAMGE denomina como autogestão o atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários, administrado diretamente ou por terceiros [ABRAMGE (1997, p. 5)].

⁴ Dados do CIEFAS (1996). Total de 150 empresas (públicas e privadas) oferece planos de saúde. Pode-se inferir que 78% das empresas são públicas e 22%, privadas. Empresas filiadas ao CIEFAS atendem a 3,9 milhões, que correspondem a 2,5% da população total; por analogia, as 33 empresas restantes atendem a 5,1 milhões (3,2% da população).

⁵ Planos com cobertura nacional.

Obs.: Esta tabela ilustra o problema das diferentes fontes de informação, pois a variações apresentadas no período de um ano (1995-6) muito provavelmente são decorrentes das distintas formas de coletas de dados empregadas pelas distintas fontes.

TABELA 2
Distribuição da Cobertura e do Faturamento do Sistema
de Assistência Médica Suplementar no Brasil, 1987-1996

Modalidade Assistencial	Faturamento Estimado Anual (em US\$ bilhões)				População Coberta Estimada (em milhões de pessoas)				% da População Total			
	1987	1994	1996	Δ (%)	1987	1994	1996	Δ (%)	1987	1994	1996 ³	Δ (%)
Medicina de grupo	1,00	2,65 ¹	3,70	270,0	15,1	16,0	17,3	14,6	12,4	10,7	11,0	- 11,3
Cooperativas médicas	0,35	1,75	3,50	900,0	3,6	8,5	10,0	177,7	3,0	5,7	6,3	110,0
Planos próprios das empresas	0,42	2,00	4,60	995,2	5,0	8,0	9,0 ²	80,0	4,0	5,3	5,7	42,5
Seguro-saúde	0,08	0,78	3,00	3650,0	0,7	5,0	6,0	757,1	0,6	3,3	3,8	533,3
Total	1,85	7,18	14,8	700,0	24,4	37,5	42,3	73,4	20,0	25,0	26,8	34,0

Fonte: Médici e Czapski (1995, p. 51) para os dados de Towers, Terrin e Crosby (1987 e 1994); ABRAMGE e Folha de São Paulo, 14/setembro/1997, para os dados de 1996.

Notas: ¹ Este dado foi retirado do *Informe de Imprensa*, da ABRAMGE (set. 1997, p. 3). O dado que consta em Médici e Czapski (1995, p. 51) é US\$ 2,10 bilhões. Isto significa que também o total para o ano de 1994 foi recalculado.

² Segundo dados do CIEFAS, destes 9 milhões, cerca de 5,6 milhões são beneficiários e dependentes de 117 empresas filiadas ao CIEFAS (*Acompanhamento e Desenvolvimento dos Planos de Assistência à Saúde*, Pesquisa CIEFAS, 1996).

³ População total de 157,8 milhões de habitantes projetada para 1996 pelo IBGE.

Uma possível explicação para esse fato é arriscada por Médici e Czapski (1995, p. 52), que alegam que o forte crescimento do setor de seguro-saúde nesse período se deve à transformação de parcela importante dos planos de medicina de grupo em seguro-saúde, pelas cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas que oferecem para as empresas, diante das crescentes contestações judiciais que passaram a questionar a não-cobertura dos planos de medicina de grupo.

Do total de empresas que oferecem planos de saúde para seus empregados (300 entidades no país) [CIEFAS (1998)], 117 (39%) estão filiadas ao CIEFAS, sendo a maioria empresas ou instituições públicas, de economia mista ou associações de funcionários. Dos 9 milhões de beneficiários dessa modalidade, cerca de 5,6 milhões (62,4%) correspondem à cobertura oferecida por essas empresas, correspondendo a 3,5% da população total [CIEFAS (1996)].¹⁷ As demais 183 empresas cobririam 3,4 milhões de beneficiários (2,0% da população) (ver tabelas 1 e 2).

Paralelamente, o faturamento das empresas (em US\$ bilhões) foi sempre superior ao aumento da população coberta, em todo o período (1994-96), ainda que o crescimento também tenha sido menor no segundo (1994-96), e embora não tenhamos dados comprobatórios, isso pode ser explicado pelo fato de 1994 ter sido o ano de implementação do Plano Real, que antes de ser decretado provocou aumento generalizado de preços na economia. Dados da FGV informam que, desde agosto de 1994 até agosto de 1997, logo após a implementação do Plano Real, a mensalidade dos planos de saúde aumentou 110%, alta que foi 28,8% superior à inflação medida pelo IPC/FGV, que captou aumentos de 63% no período (Carta do Instituto Brasileiro de Economia—IBRE, FGV, *O Globo*, 31/out/1997, p. 32). Assim, observa-se, entre 1987 e 1996, expansão de 73,4% na cobertura populacional e de 700% no faturamento. De qualquer forma, sempre devem-se considerar as diferentes fontes de informação utilizadas, que não invalidam, entretanto, a avaliação de tendência (ver tabela 2).¹⁸

Portanto, evidencia-se também uma reestruturação interna ao setor, tanto da cobertura pelas diferentes modalidades quanto no que concerne ao faturamento. Assim, os dados demonstram que tanto em termos de clientela quanto de faturamento o maior crescimento foi registrado nos planos de seguro-saúde, seguidos das cooperativas. Apesar de ainda manter a dominância no mercado, a medicina de grupo perde clientela, e sua participação no faturamento total desse mercado cai quase pela metade. Já os planos próprios das empresas mantêm sua parcela de mercado praticamente inalterada no período 1987-96 (ver tabela 3).

TABELA 3
Distribuição Percentual da Cobertura e do Faturamento do
Sistema de Assistência Médica Suplementar no Brasil, 1987—1996.

Modalidade Assistencial	Faturamento Estimado (%)			População Coberta (%)		
	1987	1994	1996	1987	1994	1996
Medicina de grupo	54,1	36,9 ¹	25,0	61,5	42,7	41,0
Cooperativas médicas	18,9	24,4	23,6	14,3	22,7	23,6

¹⁷ Esses dados são da Pesquisa para Acompanhamento e Desenvolvimento dos Planos de Assistência à Saúde das Empresas de 1996 [CIEFAS (1996)]. Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre a Assistência à Saúde nas Empresas, realizada nos meses de outubro a dezembro de 1997 [CIEFAS (1998)], a estimativa atual do número total de beneficiários de planos próprios das empresas é 8 milhões, o que evidencia uma contratação dessa modalidade, confirmando a tendência apontada.

¹⁸ De maneira geral, refere-se que os dados apresentados pelas entidades representativas ou consultoras por elas contratadas para avaliação de tendências são superestimados, exatamente porque se destinam a estimular o investimento. Entretanto, não existem fontes alternativas que permitam a comparação.

Planos próprios das empresas	22,7	27,8	31,1	21,3	21,3	21,2
Seguros-saúde	4,3	10,9	20,2	2,9	13,3	14,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Médici e Czapski (1995, p. 51) para os dados de Towers, Terrin e Crosby (1987 e 1994); ABRAMGE e Folha de São Paulo, 14/setembro/1997, para os dados de 1996.

Nota: ¹ Este dado foi retirado do *Informe de Imprensa*, da ABRAMGE (set. 1997, p.3). O dado que consta em Médici e Czapski (1995, p. 51) é 31,7%. Conseqüentemente, as proporções relativas foram recalculadas e diferem também dos dados daqueles autores.

Esses dados sugerem que parece estar acontecendo uma tendência à diminuição do incremento de número de beneficiários de planos de saúde, pelo menos nos moldes em que vinham sendo comercializados até então.

Essa diminuição do crescimento (período (1994/1996) verifica-se simultaneamente a transformações importantes no mercado de trabalho: redução do nível de emprego com perda de importância relativa do assalariamento, aumento do trabalho autônomo (crescimento do setor informal, expansão das microempresas não legalizadas) e redução dos trabalhadores vinculados à Previdência Social, decorrente das estratégias de flexibilização (terceirização e precarização das relações de trabalho).

No que se refere ao custo *per capita* dos planos de saúde, dados estimados para dezembro de 1996 demonstram que o valor médio anual pago pelos segurados ou associados a planos de saúde está avaliado em R\$ 392,23 para um custo médio anual *per capita* de R\$ 323,90. O preço médio mais elevado corresponde aos planos próprios das empresas vinculadas à ABRASPE (R\$ 654,00 por ano), seguindo-se os planos dos seguros-saúde (R\$ 650,00) e o das empresas vinculadas ao CIEFAS (R\$ 498,00 por ano). A medicina de grupo e as cooperativas médicas apresentam, em média, os preços mais baixos (respectivamente R\$ 260,00 e R\$ 350,00 por ano) (ver tabela 4).

TABELA 4
Estimativas de Receita, Preço *per Capita* e Preço Médio Anual e
Custo Médio Anual de Planos e Seguros Privados de Saúde, por
Modalidade de Assistência Médica Suplementar, Brasil, 1996¹

Modalidades da Assistência Médica Suplementar	Receita Anual (em R\$ bilhões)	Preço Médio Anual (<i>per capita</i> /mês/R\$)	Preço Médio Anual (em R\$)	Custo Médio anual (por pessoa/R\$)
Medicina de Grupo ²	4,50	21,70	260,00	208,00
Cooperativas médicas ³	3,50	29,20	350,00	280,00
Planos próprios das empresas				
ABRASPE	2,55	54,50	654,00	588,60
CIEFAS	2,49	41,50	498,00	448,20
Seguradoras ⁴	3,00	54,20	650,00	487,50
Total	16,11	-	392,00	323,90

Fonte: Borges (1997, p. 57). Dados da ABRAMGE (iguais aos da Golden Cross, citados por Uehara (1997, p. 57).

Notas: ¹ Estimativas para dezembro/1996.

² Planos com cobertura local e/ou regional.

³ Planos com cobertura local.

⁴ Planos com cobertura nacional.

Dados de 1989 evidenciavam que os planos mais baratos eram os administrados pelas próprias empresas, sendo que os diferenciais de custo entre os planos de livre escolha eram muito mais elevados do que entre os *standards*, quando se comparava a forma de administração (serviços próprios ou contratados). Da mesma forma, nas opções seguro-saúde e medicina de grupo, os planos com livre escolha eram notadamente mais caros [Médici (1992, p. 30)]. Médici alerta para que, embora a autogestão apresentasse, aparentemente, custos menores, exigia maiores esforços administrativos, uma vez que o gerenciamento dos planos próprios pode incluir quatro diferentes tipos de administração (compra de serviços, reembolsos de despesas, auto-seguros de saúde e produção própria de serviços de saúde) não excludentes, mas aditivos em muitos casos. De novo, não conhecemos dados mais atualizados para comparar, mas seguramente a advertência de Médici era pertinente, pois os dados recentes confirmam o maior custo dos preços dos planos de autogestão, sobretudo das empresas do setor privado, embora os dados não permitam separar os custos administrativos, nem mesmo se mencionem se estão embutidos no custo apresentado. Dados do CIEFAS (1996) evidenciam que 93% das empresas filiadas adotam o regime de credenciamento mais livre escolha, e 7% adotam apenas credenciamento.

De qualquer forma, a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, aponta que, entre 1987 e 1996, o brasileiro viu crescer seus gastos com planos de saúde (que aumentaram seu peso em 201,59%, passando de 0,63% para 1,90%), sendo que a porcentagem do gasto com a assistência à saúde (em geral) no orçamento da família passou de 5,31% para 6,53% no mesmo período, um aumento da ordem de 23% (*O Globo*, 4 de dezembro de 1997, p. 40).

Seguramente um fator importante a considerar nesse aumento é a inflação na assistência médica, em média cerca de 40% acima dos índices de inflação geral, que leva os custos desses serviços sempre a subir mais rapidamente que os demais da economia.¹⁹

Quanto à variação de custos de cobertura dos planos segundo a natureza da empresa, também não conhecemos análises mais recentes, mas dados de 1987/88 apontavam que existia grande variedade no custo anual *per capita* segundo o ramo de atividade e a natureza pública, privada ou mista da empresa, podendo ir de US\$ 25,32, no caso de empresas privadas do ramo industrial, a US\$ 312,12, nas empresas de economia mista do mesmo ramo [Médici (1992, p. 30)]. Dados da Shell para 1996 informavam que o custo anual *per capita* era de R\$ 542, totalizando R\$ 3,8 milhões (7 000 empregados), sendo que um quarto era pago pelo empregado, e o preço médio dos planos oferecidos (dois tipos) variava de R\$ 42,5 a R\$ 120,50 para uma família de quatro pessoas (funcionário, esposa e dois filhos) (Ligia Bahia, entrevista pessoal, outubro/1997). Já o CIEFAS informa que o custo *per capita* mensal, em 1996, variava de US\$ 15 a mais de US\$ 40, sendo que 27% estavam neste último grupo, e 16%, na faixa de US\$ 15 a 20 [CIEFAS (1996)]; no final de 1997, em pouco mais da metade das organizações pesquisadas (122), o custo mensal *per capita* estava na faixa de R\$ 30,00 a R\$ 60,00; 19% delas estão abaixo desse intervalo, e 27%, acima [CIEFAS (1998)].

Segundo dados de 1996 da consultora Ernst & Young, um plano padrão médio para casal e dois filhos custa em média entre R\$ 206,27 e R\$ 284,00 por mês em São Paulo e, em Nova York, varia de US\$ 550 a 700 mensais (*O Globo*, 21/9/1997, p. 35). Um *survey* de 1995 informava que a média de custo anual por empregado de um plano de seguro tradicional nos EUA era de US\$ 5 195 e não variava muito nas formas de atenção gerenciada [HIAA (1996, p. 20)].

Se aceitamos como confiáveis esses dados de custo, configura-se uma primeira importante diferença com o sistema estadunidense: lá os preços dos planos de saúde são muito mais altos, ainda que se possa objetar que oferecem coberturas mais amplas.

A distribuição de beneficiários de planos de medicina de grupo por estados da Federação evidencia que 91,75% estão nas regiões Sul e Sudeste, com importante concentração em São Paulo (57,87%) e Rio de Janeiro (17,00%). Se considerarmos que as demais modalidades de assistência médica suplementar (seguro-saúde, sistemas próprios e cooperativas médicas) alcançam cobertura pouco superior à da medicina de grupo isoladamente (cerca de 59%), e que, hipoteticamente, obedecem à mesma lógica de distribuição por estados da Federação, é possível estimar, como sugerem Bahia e Giovanella (1995, p. 11) para o ano de 1993, que, em 1996, pouco mais de 50% da população de São Paulo, de 40% da população do Rio de Janeiro e de 30% da população do Rio de Grande do Sul estejam vinculadas a algum tipo de plano de saúde privado. Para a maioria dos demais estados essa porcentagem de cobertura seria menor do que 10% (ver tabela 5).

¹⁹ Dados da ABRAMGE (1997) informam que a inflação na assistência médica acumulada nos últimos 12 meses (até julho/1997, inclusive) foi: FIPE—Saúde, 9,77%; FIPE—Produtos Farmacêuticos, 11,88%; FIPE—Serviços Médicos, 8,57%; e IGP—Saúde da FGV, 7,74%, enquanto o FIPE—SP—Geral registra 5,81%, o INPC—IBGE, 4,85%, e o IPC BR do IGP—FGV, 6,43%.

TABELA 5
Medicina de Grupo — População Coberta e
Distribuição de Beneficiários por Estado, Brasil, 1996

Estado	Número de Beneficiários	Distribuição de Beneficiários entre os Estados (%)	Empresas		Beneficiários na População Total ¹ (%)
			Número	%	
São Paulo	10 009 231	57,87	295	42,08	29,33
Rio de Janeiro	2 945 864	17,00	63	8,99	21,97
Rio Grande do Sul	1 563 802	9,05	61	8,70	16,22
Bahia	535 399	3,10	15	2,14	4,30
Paraná	418 525	2,42	48	6,85	4,64
Minas Gerais	401 523	2,31	73	10,41	2,40
Pernambuco	324 268	1,88	17	2,43	4,38
Espirito Santo	149 082	0,86	17	2,43	5,31
Alagoas	101 397	0,59	4	0,57	2,78
Ceará	94 386	0,55	9	1,28	1,07
Goiás	90 430	0,52	19	2,71	2,00
Amazonas	89 105	0,52	3	0,43	3,72
Pará	87 795	0,51	15	2,14	1,60
Distrito Federal	84 194	0,49	10	1,43	4,61
Piauí	66 218	0,38	4	0,57	1,50
Maranhão	64 776	0,37	6	0,86	1,24
Rio Grande do Norte	56 115	0,32	7	1,00	2,18
Paraíba	40 748	0,24	5	0,71	1,24
Rondônia	41 146	0,24	3	0,43	3,32
Sergipe	31 902	0,19	3	0,43	2,00
Santa Catarina	28 870	0,17	8	1,14	0,60
Mato Grosso	28 557	0,17	5	0,71	1,25
Acre	17 590	0,10	1	0,14	3,51
Tocantins	10 808	0,06	1	0,14	0,60
Mato Grosso do Sul	8 277	0,05	7	1,00	0,41
Amapá	5 174	0,03	1	0,14	1,36
Roraima	4 139	0,02	1	0,14	1,66
Total	17 000 320	100,0	701	100,0	10,78

Fonte: ABRAMGE, *Informe de Imprensa*, dados referentes a 1996.

Nota: ¹ Dados de população: *Contagem da População, 1996*, volume 1, Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

Ao considerarmos a distribuição dos beneficiários dos planos próprios das empresas por estados da Federação e somando-a à distribuição dos beneficiários da medicina de grupo, a tendência é de confirmação dessa hipótese — 19 estados estão com cobertura abaixo de 10%. Chama atenção, porém, a diversa distribuição por estado. Embora 47% da cobertura da modalidade dos planos próprios das empresas estejam concentrados na região Sudeste (17%, em São Paulo, 15% no Rio de Janeiro, e 12,5%, em Minas Gerais, incluindo o Espírito Santo com 2,3%), a maior porcentagem da população coberta por essa modalidade está no Distrito

Federal (20,63%), vindo a seguir Mato Grosso (11,09%), Rio de Janeiro (8,95%) e Paraná (7,20%). Cerca de seis outros estados (Roraima, Amapá, Acre, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais) apresentam coberturas ao redor de 6% [CIEFAS (1998)] (ver tabela 5a).

TABELA 5a
Planos Próprios das Empresas — População Coberta e Distribuição
de Beneficiários por Estado, Brasil, 1997

Estado	Número de Beneficiários	Distribuição Beneficiários entre os Estados (%)	Beneficiários na População Total ¹ (%)
São Paulo	1 376 000	17,2	4,03
Rio de Janeiro	1 200 000	15,0	8,95
Rio Grande do Sul	344 000	4,3	3,57
Bahia	456 000	5,7	3,63
Paraná	648 000	8,1	7,20
Minas Gerais	1 000 000	12,5	6,00
Pernambuco	312 000	3,9	4,21
Espírito Santo	184 000	2,3	6,56
Alagoas	96 000	1,2	3,64
Ceará	240 000	3,0	3,52
Goiás	216 000	2,7	4,75
Amazonas	72 000	0,9	3,01
Pará	160 000	2,0	2,90
Distrito Federal	376 000	4,7	20,63
Piauí	104 000	1,3	3,90
Maranhão	144 000	1,8	2,76
Rio Grande do Norte	96 000	1,2	3,75
Paraíba	160 000	2,0	4,84
Rondônia	64 000	0,8	5,20
Sergipe	96 000	1,2	5,91
Santa Catarina	224 000	2,8	4,60
Mato Grosso	248 000	3,1	11,09
Acre	32 000	0,4	6,61
Tocantins	32 000	0,4	3,05
Mato Grosso do Sul	88 000	1,1	4,56
Amapá	24 000	0,3	6,32
Roraima	16 000	0,2	6,47
Total	8 000 000²	100,0	5,09

Fonte: Elaboração própria a partir de CIEFAS (1998) (dados referentes a 1997).

Notas: ¹ Dados de população: *Contagem da População, 1996*, volume 1, Rio de Janeiro:IBGE, 1997.

² Estimativa realizada com base em 300 entidades no país.

Não existem dados oficiais conclusivos sobre as características da população coberta pela assistência médica suplementar, mas apenas algumas pesquisas isoladas, que permitem algumas aproximações. Em trabalho recente, Bahia (1997) percorre as fontes de informação disponíveis sobre o assunto e analisa, com as limitantes que encerram, algumas dessas características.

Pesquisa domiciliar realizada no município de São Paulo em 1989, em áreas de baixa renda [Cohn *et alii* (1991), *apud* Bahia (1997, p. 28)], apontava que o principal meio de proteção era a seguridade social, com cerca de 84% dos chefes de família consultados vinculados a esquemas previdenciários (seja federal, estadual ou municipal); entre estes, 47% dispunham somente da seguridade social federal, e 33% acumulavam a vinculação a esquemas públicos e

a planos privados de saúde, utilizando serviços de ambas as esferas pública e privada. Apenas 4,2% dependiam exclusivamente do setor privado suplementar, e 4,5%, da seguridade para servidores estaduais ou municipais. Cerca de 11% não tinham nenhum vínculo previdenciário nem possuíam planos de saúde privados.

Entre os que estavam vinculados a planos de saúde privados, a maioria se enquadrava na modalidade de medicina de grupo (41,3%), e parcela importante (20,2%) utilizava planos de saúde disponibilizados por hospitais, que provavelmente agregam os planos próprios do empregador (o que não é especificado pela pesquisa). Obviamente, essa distribuição reflete apenas a realidade local, porém evidencia a participação no mercado dos planos disponibilizados por hospitais que, geralmente, não são contabilizados nas estatísticas existentes ou são considerados pouco expressivos [Bahia (1997, p. 29)].

No que concerne à cobertura e características da população trabalhadora da indústria vinculada à assistência médica suplementar, existem algumas informações mais recentes, a partir de levantamentos realizados junto às empresas, mas que permitem apenas dimensionar a magnitude da cobertura segundo esse tipo de coleta de dados.²⁰

Dados de 1994 (FIESP/CIESP) informam que 56,7% dos trabalhadores da indústria metalúrgica, mecânica e de material elétrico de São Paulo possuíam alguma forma de assistência supletiva [Bahia (1997, p. 32)]. Segundo a pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE, no âmbito nacional, os planos de saúde para os trabalhadores é parte da política de recursos humanos das empresas e, no cardápio variável de *benefícios e incentivos*, constituem um dos itens do salário indireto mais freqüentemente disponibilizados aos trabalhadores da indústria (54%), juntamente com o vale-transporte (85%) e o vale-refeição (61%) [Bahia (1997, p. 34)]. Assim, como sugere a autora, a *variável plano de saúde* pode ser considerada como indício da cobertura de trabalhadores da indústria vinculados à assistência médica supletiva. Vamos aos dados.

A porcentagem de empresas sem planos é menor entre as micro e de pequeno porte. O número de indústrias vinculadas à assistência suplementar, pelos dados da pesquisa, é ligeiramente maior que o das não vinculadas (701 e 628, respectivamente). Entretanto, se se considera o número de trabalhadores, a porcentagem de cobertura é da ordem de 91%. A distribuição de trabalhadores com assistência médica suplementar é significativamente maior nas

²⁰ Serão apresentados aqui alguns dos resultados de pesquisas realizadas, em 1994, pela FIESP/CIESP e Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de São Paulo e, em 1995, conjuntamente por BNDES/CNI/SEBRAE. Os problemas metodológicos desse último levantamento são bastante limitantes para qualquer inferência mais conclusiva. As informações foram obtidas com questionários enviados às empresas (total de 7 906), sendo que os resultados se referem às 1 356 *respondentes* — 459 microempresas (5 a 19 empregados), 294 pequenas (20 a 99 empregados), 364 médias (100 a 499 empregados) e 212 grandes indústrias. Entretanto, as respondentes não constituem uma amostra, pois o número não é proporcional ao total de indústrias por porte nem à sua distribuição por atividade econômica. Tampouco é aconselhável a desagregação dos dados por estados (participam da pesquisa indústrias de 16 estados da Federação). Utilizamos aqui a análise desses resultados realizada por Bahia (1997, p. 32-41).

médias e grandes empresas (80,5% e 95,8%), atingindo cerca de 21% nas micro e 52% nas pequenas²¹ (ver tabelas 6 e 7).

TABELA 6
Caracterização da Amostra da Pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE
Brasil, 1996

Porte	Total Empregados		Amostra Empregados	
	Nº	%	Nº	%
Micro	643 632	13,6	4 648	0,9
Pequena	969 229	20,5	16 166	3,0
Média	1 482 007	31,3	91 320	17,2
Grande	1 640 642	34,6	41 837	78,9
Total	4 735 510	100,0	530 371	100,0

Fonte: Bahia (1997, p. 60), dados da RAIS/Ministério do Trabalho, 1992, e Pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE (1996).

²¹ A consolidação dos dados tem como pressuposto que a totalidade dos trabalhadores das empresas da indústria ligadas à assistência médica suplementar possui planos de saúde, o que pode ser questionado, pois um conjunto de empresas apenas oferece planos para os trabalhadores de alto escalão, assim como não são contabilizados os trabalhadores terceirizados que prestam serviços nessas empresas. Entretanto, essa diferenciação não é feita pela pesquisa [Bahia (1997)].

TABELA 7
Número de Indústrias e de Empregos por Porte e segundo
Planos e Seguros de Saúde para os Trabalhadores — Brasil, 1995

Porte da Indústria	Micro		Pequenas		Médias		Grandes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Empresas										
Com plano	89	19,4	140	47,6	277	76,0	195	92,0	701	52,7
Sem plano	370	80,6	154	52,4	87	24,0	17	8,0	628	47,3
Total	459	100	294	100	364	100	212	100	1329	100
Empregos										
Com plano	998	21,5	8 348	51,6	73 531	80,5	400 471	95,8	483 348	91,1
Sem plano	3 650	78,5	7 18	48,4	17 789	19,5	17 766	4,2	47 023	8,9
Total	4 648	100	1 6166	100	91 320	100	418 237	100	530 371	100

Fonte: Bahia (1997, p. 61-2), dados da Pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE (1996).

Embora os dados não permitam maiores conclusões sobre diferenças regionais ou estaduais, algumas inferências são possíveis. Segundo a pesquisa BNDES/CNI/SEBRAE, o padrão de cobertura de São Paulo é ainda maior do que aquele observado para o país. Primeiro, porque a amostra refletiu a concentração de indústrias em São Paulo (33,2% do total de empresas e 38,7% do total de empregos); e segundo, pela maior proporção de indústrias conveniadas com a assistência médica suplementar. A proporção de trabalhadores da indústria, em São Paulo, com planos de saúde chega a 40,7% do total de planos para o país, enquanto a de sem-planos representa 19,3% do conjunto dos empregados. Já o Rio de Janeiro, com 9,7% de indústrias na amostra, possui grandes empresas cujos trabalhadores não possuem planos de saúde, sendo que apenas duas delas influenciam a porcentagem total (96,5% de cobertura para trabalhadores de grandes indústrias). O mesmo se verifica para empresas de médio porte. As proporções de trabalhadores cobertos pela assistência suplementar nesse estado são menores que as encontradas para o Brasil (12%, nas micro, 47%, nas pequenas, e 72,5%, nas médias). O Paraná, por sua vez, apresenta diferença importante de cobertura de trabalhadores de pequenas empresas em relação ao Brasil (24,5% e 52% respectivamente) [Bahia (1997, p. 38-41)].

Em síntese, a despeito da precariedade dos dados, pode-se dizer que são confirmadas as tendências de concentração da cobertura para os trabalhadores de médias e grandes empresas, que, por sua vez, estão localizadas nas regiões mais desenvolvidas, sobretudo no estado de São Paulo.

Alguns paralelos com o setor de seguros privados nos EUA são úteis para avaliar tendências. O tipo de seguro oferecido difere de uma indústria a outra. Virtualmente, todos os estados e governos locais oferecem planos de saúde — o que não ocorre no Brasil —, mas no setor privado a oferta é mais freqüente nas empresas da área de produção do que nas de serviços. Da mesma forma, as empresas que pagam salários menores, que possuem grande proporção de trabalhadores em tempo parcial e com alta rotatividade da força de trabalho, em geral não oferecem planos de saúde. O número de planos optativos também varia, e a existência de opção é mais freqüente nas médias e grandes empresas [HIAA (1996, p. 20)].

A análise de *surveys* recentes²² indica que 32% a 42% dos trabalhadores que recebem assistência por meio de planos financiados pelo empregador estão em planos de autogestão, sendo que, nestes últimos, 60%-75% são empregados de grandes empresas (mais de 500 empregados). Nestas, a porcentagem de trabalhadores segurados com renda menor (inferior a US\$ 14 000/ano), abaixo de 25 anos e acima de 55, é sempre menor do que o total da empresa, seja no seguro tradicional, seja na autogestão (ver tabela 8). As diferenças regionais observadas são devidas às distintas regulamentações estaduais.

TABELA 8
Características dos Empregados Beneficiários de
Planos de Autogestão — EUA, 1993

Características dos Empregados	Autogestão	Seguro Tradicional
Renda Média		
Todos os empregados (folha de pagamento por trabalhador)	US\$ 26,117	US\$ 25,020
Empregados segurados (valor salário anual)	US\$ 28,200	US\$ 26,000
Porcentagem com renda menor que US\$ 14,000 por ano		
Todos os empregados	24,5%	28,4%
Empregados segurados	13,5%	17,9%
Porcentagem abaixo de 25 anos		
Todos os empregados	22,7%	19,0
Empregados segurados	9,1%	10,9
Porcentagem acima de 55 anos		
Todos os empregados	16,0%	13,7%
Empregados segurados	12,5%	11,3%

Fonte: Elaboração própria com dados retirados de Acs *et alii* (1996, p. 273).

Já em relação às microempresas a situação é bem diferente: pagam mais caro e têm menor cobertura, embora com níveis salariais em média 32% mais baixos. Assim, entre os 54 milhões de estadunidenses com idade entre 18 e 65 anos empregados em pequenas empresas (menos de 100 empregados), apenas 40% têm seguro-saúde pago pelos empregadores, ao passo que 83% dos empregados em empresas com mais de 1 000 trabalhadores obtêm ampla cobertura de assistência médica paga pelos empregadores. Do total de trabalhadores com cobertura de seguro relacionado com o empregador, 39% trabalham em empresas com pouco mais de 200 empregados. Entre 1988 e 1995, dos novos empregos surgidos nos EUA, 95% foram em empresas com menos de 100 empregados ou para autônomos [Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 103)]. Isso motivou várias regulações estaduais, para ampliar a cobertura desse segmento, como veremos adiante.

Em termos nacionais, aproximadamente 60% dos empregados são cobertos por planos de seguro com amplas coberturas, que estão sob regulação estadual; os demais 40% estão cobertos por planos de autogestão sujeitos à regulação federal. Há enorme variação nessas pro-

²² Os autores tabularam dados de recentes *surveys* sobre planos de autogestão: 1991, realizado pela *Health Insurance Association of America*—HIAA; 1993, da *Robert Wood Johnson Foundation*—RWJF; e 1987, da *National Medical Expenditure Survey*—NMES. As duas primeiras foram enquetes entre empregadores, e a última foi uma enquete domiciliar. De maneira geral, pode-se afirmar que não existem grandes discrepâncias entre os dados desses três anos.

porções nos estados, com a regulação federal dominando mais da metade do mercado em alguns estados. O nível estadual regula 85% dos empregados segurados em pequenas empresas (menos de 100 empregados) e apenas 40% daqueles de grandes empresas. Apesar desses contrastes, as diferenças entre planos, prêmios e benefícios não são significativas. Os autores avaliam que as mudanças na legislação regulatória foram importantes para estimular a autogestão no início dos anos 80, mas isso não significou omissão das empresas reguladas federalmente diante de benefícios compulsórios estabelecidos pelos estados, mas, sim, facilitou a uniformização, principalmente nas grandes empresas com filiais em vários estados.

Em resposta a esses desenvolvimentos, foram introduzidas reformas na área de seguros privados, que têm impactado de forma importante o mercado nos EUA. Tendencialmente, pode-se afirmar que, num primeiro momento, a legislação federal teve impacto positivo no desenvolvimento da autogestão, e a estadual, no aumento de benefícios para pequenas empresas e grupos específicos. Mas, posteriormente, os custos da assistência médica e, principalmente, a atenção gerenciada alavancaram a autogestão e proporcionaram mecanismos de contenção de custos, por um lado, e, por outro, estimularam a concentração do mercado.

5 OS LIMITES DO MERCADO

As avaliações das empresas de assistência médica suplementar veiculadas pela mídia são bastante otimistas com relação à potencial decolagem de vendas de planos de saúde, e cogitam-se estratégias dirigidas especialmente para os segmentos C e D da população, apostando-se, implicitamente, na deterioração ainda maior da capacidade do setor público de atender à *demandas reprimidas*.

Nessa perspectiva, um estudo da FENASEG (dezembro de 1996) avalia que, dos 74,1 milhões de pessoas que integram a população economicamente ativa (PEA) do país, 40,5% (30 milhões) encontram-se no mercado formal de trabalho, 6% (4,5 milhões) estão desempregadas, e 53,5% (39,6 milhões) situam-se no mercado informal. Da PEA como um todo, apenas 27,6% (20,5 milhões de pessoas) são titulares de planos e de seguros de saúde, o que representa, para essa entidade, uma grande possibilidade de crescimento do setor privado de assistência médica suplementar (*Gazeta Mercantil*, 22/9/97, p. 9).

As dimensões que devem ser consideradas na avaliação desse possível crescimento são de natureza tanto endógena quanto exógena ao setor, e muitas delas não passíveis de controle pela via administrativa.

Assim, dentre as dimensões intrínsecas ao setor, destacamos a dinâmica tendencial de aumento de custos e de uso de serviços de assistência médica, impulsionada tanto pela maior sofisticação da capacidade diagnóstica e de intervenção, embutida na incorporação tecnológica permanente, quanto pelo aumento da utilização, resultado do maior envelhecimento populacional (maior consumo de cuidados de alto custo), da acumulação epidemiológica (doenças infecto-contagiosas reemergentes e emergentes, crônico-degenerativas, câncer, etc.) e da medi-

calização (em que se abdica da saúde em função do que a medicina *pode oferecer* para a cura e/ou tratamento). Isso para não mencionar a *over prescription*, de exames de auxílio-diagnóstico e de tratamentos e o *marketing* da tecnologia médica na mídia, que agravam e distorcem a específica assimetria de informação presente no setor.

As dimensões extrínsecas não são menos dramáticas, e especialmente importantes, pois os dados referentes às tendências no mercado de trabalho e à distribuição de renda também não confirmam aquele otimismo de crescimento do poder de compra do consumidor.

Assim, a PNAD de 1995 apontava crescimento do PIB no período 1990-95 de 14,6%, porém aumento inferior dos postos de trabalho no mesmo período (12,5%). A taxa de desemprego aberto medida pelo IBGE passou de 4,64%, em 1995, para 5,42%, em 1996, concomitante a um crescimento do PIB de 2,9% para o mesmo ano (1996), o que confirma o crescimento por aumento de produtividade, por um lado, e, por outro, em setores que não são grandes empregadores. Ou seja, o número de empregos cai sem afetar a produção [Najberg e Ikeda (1997, p. 43-45)].

Dados da Confederação Nacional da Indústria (CNI) apontam que no período 1989/1996 a extinção de vagas na indústria foi compensada por crescimento equivalente nos setores de serviços e comércio e pelo aumento da informalidade, o que manteve mais ou menos estável a taxa de desemprego no país. Em 1989, 22% da força de trabalho estavam empregados na indústria, enquanto 50,3% estavam no setor serviços. E apenas 53,6% dos trabalhadores tinham carteira assinada. Sete anos depois (1996), os empregos industriais absorviam 18,2%, a participação do setor serviços aumentou para 54,9%, e os empregos formais caíram para 46,6%. Prevê-se que a situação pode piorar, tanto pela modernização nos setores que até então têm sido responsáveis pelo crescimento (sobretudo serviços e comércio) quanto pelo limite de absorção que já começa a se verificar (*O Globo*, 8/10/97, p.21).

Quanto ao setor informal, existem grandes divergências em relação aos dados, mas estima-se que seja a fonte de renda de mais de 30 milhões de brasileiros (algo em torno de 20% da população) (*Revista Veja*, 6/9/95, p.90-99). Segundo dados da ORT, em 1994 o setor informal seria responsável por 56,4% do emprego nas áreas urbanas [Creese e Bennett (1997, p. 164)].

Para a Fundação SEADE e o DIEESE, na Grande São Paulo, em julho de 1994, havia 2,4 milhões de pessoas que trabalhavam sem registro ou como autônomos. Um ano depois (julho/1995) o número de trabalhadores sem registro cresceu 7,2%. Enquanto o salário dos assalariados caiu 12,6%, os rendimentos de quem trabalha sem registro ou como autônomo cresceram 18,7%.

Essas estimativas e os levantamentos que produzem dados sobre desemprego e mercado informal questionam os dados oficiais de renda e pobreza do IBGE e apregoam um país muito menos pobre, mas, ao mesmo tempo, muito mais subdesenvolvido — o que seria evidenciado pelo aumento do consumo *pari passu* com a evasão fiscal e a degradingolada dos serviços públicos.

Em pesquisa que vem sendo realizada desde 1985, a Fundação SEADE e o DIEESE apontam o recorde histórico atingido pela taxa de desemprego na Região Metropolitana da Grande São Paulo em setembro de 1997 — 16,3% da PEA²³ (*O Globo*, 22/10/97, p. 25) — o que aproxima o Brasil das taxas de desemprego estrutural de alguns países europeus (em torno de 15% a 20% há mais de uma década). Isso se deve ao aumento do desemprego na indústria — movimento que é atípico para essa época do ano. Essa dinâmica do desemprego está afetando as famílias de forma importante, uma vez que tira do trabalho os chefes do domicílio, obrigando os filhos menores a arrumarem algum tipo de *biscate* para garantir o sustento familiar. Nos últimos 12 meses (setembro/96 a setembro/97) a taxa de desemprego aumentou principalmente entre os homens (11,1%) e os chefes de domicílio (18,4%), sendo que a única faixa etária em que o emprego melhorou nesse período foi a de crianças de 10 a 14 anos (idade em que o trabalho é considerado ilegal). Enquanto nessa faixa a taxa de desemprego caiu 11,5%, entre adultos de 25 a 39 anos cresceu 17%. A situação não foi melhor nas idades entre 18 e 24 anos (aumento de 10,4%) e acima dos 40 anos (aumento de 11,6%).

O aumento da PEA que se verifica com a entrada de novos contingentes populacionais em busca de emprego não é acompanhado no mesmo ritmo da criação de novos postos de trabalho. Em setembro/97, a entrada de 24 mil pessoas no mercado de trabalho elevou a PEA para 8,646 milhões de pessoas. Apesar do setor de serviços e o comércio terem aberto, respectivamente, 22 mil e 12 mil vagas, o saldo final do mês ficou negativo, pois a indústria cortou 39 mil empregos. Embora a indústria seja sempre o primeiro setor a sentir o freio na atividade econômica (Pochmann, 22/out/1997, entrevista em *O Globo*) e, em consequência, as regiões industrializadas, como São Paulo, serem as mais sensíveis, as estimativas de crescimento do PIB são modestas (cerca de 3,5% para 1997). Por outro lado, essas demissões na indústria tendem a se refletir em seguida nos demais setores, sendo que o nível nacional de emprego medido pelo IBGE em agosto/1997 já mostrou os primeiros sinais de desaquecimento na economia, com queda de 0,7% em relação ao mesmo mês do ano passado. Pochmann acrescenta que o caso só não é mais grave porque 1998 é um ano eleitoral, o que historicamente contribui para o *aquecimento* da economia pelas obras e inaugurações, além de que o governo deverá *soltar as rédeas* e elevar o nível da atividade, o que provavelmente levará a uma mudança na sazonalidade do emprego. Mas essa *recuperação* será insuficiente para alcançar a taxa de dezembro/1996 — 14,2% (Martoni Branco, Fundação SEADE, São Paulo, 22/10/1997, entrevista em *O Globo*).

Por outro lado, a dinâmica redistributiva tem sido cíclica. Em 1992, ano de profunda crise de desemprego e diminuição de poder aquisitivo, observou-se queda de 3% da renda *per capita*, como consequência da recessão. A partir de 1993, com a retomada da atividade econô-

²³ Segundo informação de Marcio Pochmann, diretor do Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho (CESIT/UNICAMP), a metodologia empregada nessa pesquisa capta também o desemprego no chamado mercado informal. No período de setembro/1985 a setembro/1997 a taxa de desemprego apresentou oscilações: de set/85 a set/89 passou de 12% a 7,9%, subindo a partir de então até atingir 15,5% em set/92; voltou a decair até 13,3% em set/95, crescendo neste último ano até os 16,3% atuais (SEADE/DIEESE — 1997) (*O Globo*, 22/10/97, p. 25).

mica, o aumento médio anual da renda *per capita* foi de 2,8%, sem afetar, entretanto, na mesma intensidade e formas, as distintas faixas de rendimentos. Com a estabilização da moeda, com o Plano Real, no primeiro momento — entre 1994 e 1996 — houve rápida redução no grau de desigualdade dos rendimentos, que permitiu, no máximo, o retorno à situação existente pré-Real. A partir de 1996, porém, observa-se estancamento dessa redução, com tendência de aumento da dispersão das rendas [Prado e Pochmann (1997)].

Segundo esses dois autores os efeitos redistributivos do Plano Real exauriram-se antes de superar-se o quadro anterior de concentração de renda, com ampliação das desigualdades, mesmo com patamares de baixa inflação. A explicação estaria na utilização inadequada, pelo governo, dos elementos estruturais de repartição de rendas (emprego, tributos e políticas sociais). Em outras palavras, o aumento das desigualdades está associado à debilidade da intervenção do Estado sobre os rendimentos e ao crescimento da PEA com ocupados de baixa renda, uma vez que a política macroeconômica adotada impede expansão mais vigorosa da economia e molda um ambiente adverso e desfavorável aos trabalhadores. O desemprego e a ausência de intervenção pública voltada para as camadas de baixa renda, sobretudo as que dependem do salário-mínimo, acabam por contribuir para a corrosão dos ganhos no perfil distributivo obtidos na fase pós-estabilização. E isso também se verifica para a importante parcela da população engajada no mercado informal de trabalho.

Portanto, mesmo admitindo-se que o mercado informal gera um volume de rendas *ocultas* que podem ser absorvidas pelo mercado de seguros privados, ao cotejarmos as previsões das empresas do setor de assistência médica suplementar com os dados de relação inversa entre o crescimento do PIB e do emprego de maneira geral, distribuição de renda, aumento do desemprego, da informalidade, da precariedade das relações de trabalho, assim como com a tendência das micro e pequenas empresas de não incorporarem os planos de saúde como benefício ou salário indireto (inclusive pela própria informalidade em que essas empresas às vezes se encontram), não parecem bem fundamentadas as previsões de aumento de clientela, a menos que se estabeleçam novas alternativas para lidar com os ciclos econômicos e seus reflexos no mercado de planos privados de saúde.

Se acrescentarmos a essa avaliação o *congelamento* dos salários dos funcionários de muitas empresas estatais, o crescente custo dos planos de autogestão, os preços sempre crescentes da assistência médica e os controles orçamentários que vêm sendo estabelecidos para o crescimento da rubrica contrapartida da patrocinadora no financiamento dos planos de saúde das instituições do Poder Executivo, pode-se prever que algumas mudanças terão que ser implementadas na perspectiva de conter custos para evitar a *quebra* desses sistemas.

Nessa perspectiva é que se pode entender as afirmações de alguns dirigentes quanto ao cardápio de planos a serem oferecidos no mercado: *o mercado tende a oferecer um plano básico com coberturas específicas para vários tipos de público*, explica Roberto Cury, presidente da ABRASPE (Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas), calculando que seja possível absorver mais 20 milhões de usuários a esse sistema *alternativo* ao setor público — opinião que também é confirmada pelo diretor da UNIMED, Ro-

naldo Monteiro. Algumas empresas já vêm desenvolvendo essa estratégia desde 1994, com 80% de suas vendas efetivando-se nos segmentos C e D, disputando mercado com as seguradoras (Oswaldo Marques, diretor comercial da Medial, em entrevista a *Banco Hoje*, julho de 1997, p. 56-7).²⁴

Outros atores, entretanto, apontam os limites do mercado e, embora admitam a perspectiva de ampliação de clientela, são muito mais cautelosos quanto à magnitude desse crescimento, uma vez que a manutenção da qualidade dos convênios tem um custo, e as próprias *vicissitudes da economia* inviabilizam a extensão de benefícios aos empregados de empresas e até mesmo a cortes para racionalizar gastos. A mesma opinião é defendida pela ABRANGE, que afirma que *o mercado atingiu o seu limite* (Antonio Jorge Kropf, diretor técnico da Amil, em entrevista a *Banco Hoje*, julho de 1997, p. 56-7).

A pergunta que permanece, portanto, é em que medida esse mercado é de fato alternativo para atender à população brasileira nas suas necessidades de atenção médica, para que camadas seria suplementar e qual seria a forma de suplementação.

6 VINCULAÇÕES ENTRE O SUS E A ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Os três subsetores do sistema de serviços de saúde — público, privado contratado e privado *puro* — compõem uma rede desarticulada e não hierarquizada, que atende, de forma diferenciada, aos distintos grupos populacionais.²⁵

Não existem dados sobre oferta e utilização de serviços de saúde que permitam uma estimativa da cobertura populacional da assistência médica suplementar. A única informação presente na pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE/1992 refere-se aos vínculos de convênio dos estabelecimentos com as empresas do sistema de assistência médica suplementar.

Apenas 28,9% do total dos serviços para a assistência ambulatorial especializada têm convênio exclusivamente com o SUS, e cerca de 62% dos demais serviços ou não tem convênios (14,2%) ou possuem convênios intermediados por empresas que comercializam planos de sa-

²⁴ O mesmo entrevistado afirma: “nosso plano Plus 2, categoria *standard*, com enfermaria e UTI, custa R\$ 52,34 mensais, ao passo que uma seguradora cobraria em torno de R\$ 70 ou R\$ 80” (*Banco Hoje*, julho, 1997, p. 57).

²⁵ A *rede pública* está composta principalmente de serviços de atenção primária (postos e centros de saúde) (95%) e de emergência (65%), enquanto a *rede privada* concentra-se no atendimento especializado (74,5%) e hospitalar (79%) [Cohn e Elias (1996, p. 78)]. A atenção especializada representa 25% do total de estabelecimentos ambulatoriais e é majoritariamente privada em todas as regiões do país, concentrando-se nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, nos municípios mais populosos [Viacava e Bahia (1996, p. 10 e 12)]. No período 1990/92, observou-se diminuição do crescimento dos serviços públicos nessa modalidade de atenção e crescimento do setor privado [IBGE (1990 e 1992)]. Já a rede hospitalar é majoritariamente privada em todas as regiões.

úde e/ou diretamente com empresas para o atendimento a seus empregados (57,0%). As regiões Sul e Nordeste possuem clínicas predominantemente vinculadas ao SUS, enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste esses serviços estão conveniados predominantemente com o setor suplementar. Na região Sudeste, onde estão concentradas mais de 50% dessas clínicas, observa-se acentuada proporção de vínculos com as empresas de planos e seguros (54,7% com convênios apenas com empresas). A região Norte é a que apresenta a maior porcentagem de serviços ambulatoriais sem qualquer convênio. Nota-se, ainda, que um subconjunto desses estabelecimentos (9,3%) é conveniado simultaneamente pelo SUS e pelas empresas (ver tabela 9).

TABELA 9
Clínicas Públicas e Privadas Ambulatoriais
por Tipo de Convênio — Brasil, 1992

Regiões	Sem Convênio		Convênio apenas com Med.Grupo Seguradora Cooperativa		Convênio apenas com Planos Próprios Empreg.		Convênios com Planos ou Seguros		Convênio com SUS e Planos ou Seguros		Convênios só com SUS		Total de Clínicas
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Norte	40	23,3	22	13,0	17	9,9	37	21,5	9	5,2	47	27,3	172
Nordeste	202	13,7	78	5,3	74	5,0	384	16,0	214	14,5	525	35,5	1 477
Sudeste	623	13,8	590	13,0	346	7,7	1 539	34,0	283	6,3	1 140	25,2	4 521
Sul	215	14,1	134	8,8	77	5,0	327	21,4	220	14,4	552	36,2	1 525
Centro-Oeste	58	16,7	52	15,0	19	5,5	140	40,3	20	5,8	58	16,7	3 47
Total	1 138	14,2	876	11,0	533	6,6	2 427	30,2	746	9,3	2 322	28,9	8 042

Fonte: AMS/IBGE (1992), *in*: Bahia (1997, p. 56).

Em relação às unidades de apoio-diagnóstico e terapêutico (UADT), cerca de 92% estabelecem convênios, sendo 50% com os planos de seguro-saúde e 40% com o SUS. Reproduz-se nesses serviços o mesmo padrão de distribuição regional verificado para as clínicas ambulatoriais (concentração de convênios com planos e seguros, na região Sudeste, e com o SUS, no Sul e Nordeste), porém, cerca de 34% têm duplo vínculo convenial (SUS e planos de saúde privados) (ver tabela 10).

TABELA 10
Unidades Públicas e Privadas de Complementação Diagnóstica e
Terapêutica (UCDT) por tipo de Convênio — Brasil, 1992

Regiões	Sem Convênio		Convênio apenas com Med.Grupo Seguradora Cooperativa		Convênio apenas com Planos Próprios Empreg.		Convênios com Planos ou Seguros		Convênio com SUS e Planos ou Seguros		Convênios só com SUS		Total de UCDT
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Norte	41	15,3	35	13,1	31	11,6	49	18,3	55	20,5	57	21,3	268
Nordeste	109	8,5	110	8,6	95	7,4	334	26,1	475	37,1	156	12,2	1 279
Sudeste	339	7,8	563	12,9	389	8,9	1 640	37,7	1 122	25,8	297	6,8	4 350
Sul	98	4,9	194	9,69	108	5,4	456	22,8	999	49,9	148	7,4	2 003
Centro-Oeste	97	12,6	63	8,2	52	6,8	209	27,2	276	35,9	71	9,2	768
Total	684	7,9	965	11,1	675	7,8	2 688	31,0	2 927	33,8	129	8,4	8 668

Fonte: AMS/IBGE (1992), *in*: Bahia (1997, p. 56).

A relação inverte-se, porém, nos serviços hospitalares, nos quais 80% da rede estabelecem vínculos contratuais com o SUS — proporção que atinge 91,2% na região Sul. Proporcionalmente, existem mais hospitais nas regiões Sudeste (33%) e Nordeste (30,5%) [Viacava e Bahia (1996, p. 24)].

Esse conjunto de hospitais tem uma capacidade instalada de 452 852 leitos, cuja distribuição é ainda mais concentrada, sendo que 44,7% encontram-se na região Sudeste, além de que o segmento sus é constituído por hospitais privados contratados em todas as regiões. O número de leitos por

habitantes é também majoritariamente privado em todas as regiões, exceto a região Norte (ver tabela 11).

TABELA 11
Distribuição Percentual dos Leitos Hospitalares Públicos e Privados por Macrorregião (Leitos /1 000 habitantes) — Brasil, 1992.

Região	Número de Leitos Hospitalares			Leitos/1000 habitantes		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
Norte	48,7	51,3	100	1,1	1,1	2,2
Nordeste	33,6	66,4	100	0,9	1,8	2,7
Sudeste	22,2	77,8	100	0,7	2,5	3,2
Sul	17,2	82,8	100	0,6	2,9	3,5
Centro-Oeste	23,3	76,7	100	0,9	3,0	3,9
Total	(115 886)	(336 966)	(452 852)	0,8	2,3	3,9

Fonte: AMS/IBGE (1992), in: Viacava e Bahia (1996, p. 25).

Os credenciamentos com empresas que comercializam planos e seguros atingem cerca de 55% dos hospitais. Verifica-se que 40% do total de hospitais estão conveniados simultaneamente com o SUS e com empresas (de seguros e empregadoras), sendo maior a proporção na região Sul (68,2%). Ou seja, a maioria dos hospitais com convênios para atendimento de planos de saúde pertence ao sub-grupo *duplamente conveniado* (ver tabela 12).

TABELA 12
Unidades Hospitalares Públicas e Privadas por Tipo de Convênio — Brasil, 1992

Regiões	Sem Convênio		Convênio apenas com Med. Grupo Seguradora Cooperativa		Convênio apenas com Planos Próprios Empreg		Convênios com Planos ou Seguros		Convênio com SUS e Planos ou Seguros		Convênios só com SUS		Total de Hosp.
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Norte	31	5,5	21	3,7	31	5,5	73	12,9	90	16,0	318	56,4	564
Nordeste	76	3,5	31	1,4	33	1,5	158	7,3	498	23,2	1 354	63,0	2 150
Sudeste	85	3,6	120	5,2	47	2,0	393	16,9	998	42,8	688	29,5	1 331
Sul	26	2,1	22	1,8	14	1,1	46	3,7	838	68,2	283	23,0	1 229
Centro-Oeste	59	7,5	32	4,1	31	4,0	78	10,0	336	42,9	247	31,5	783
Total	277	3,9	226	3,2	156	2,2	748	10,6	2 760	39,1	2 890	41,0	7 057

Fonte: AMS/IBGE (1992), in: Bahia (1997, p. 57).

Em síntese, o financiamento de serviços privados exclusivamente pelo SUS, que é freqüente nas regiões Norte e Nordeste, torna-se vinculação mista nas regiões Sul e Sudeste. Embora os dados não demonstrem, esse subconjunto (com duplo vínculo) concentra os hospitais que realizam procedimentos de alto custo (muitos dos quais não cobertos pelos planos). Já nas grandes metrópoles, especialmente São Paulo, existem unidades de maior complexidade que se vinculam somente a planos e seguros de saúde [Bahia (1997, p. 31-2); Reis, Bahia e Barbosa (1997, p. 9)].

Embora não existam dados conclusivos, pode-se dizer que essa superposição de clientelas, em geral, acarreta a maior disponibilidade de leitos para o setor privado, com maior utilização do serviço pelos pacientes dos planos e seguros privados, o que, aliás, vem sendo freqüentemente denunciado na imprensa. Paralelamente, embora a Constituição determine a universali-

dade da assistência, também têm sido divulgados casos de hospitais com duplo vínculo que *expulsam* pacientes quando o plano privado não cobre mais a internação, ou recusam o atendimento quando o paciente ainda está em tempo de carência pelo plano. O inverso também é verdadeiro, ou seja, pacientes com planos de saúde frequentemente são atendidos em unidades públicas — sobretudo em situações de emergência ou de atendimento de alto custo —, o que tem motivado o debate sobre o ressarcimento aos SUS dos gastos efetuados nesses casos.²⁶

Nesse caso específico a questão é bastante polêmica, pois; apesar da tentativa ministerial de regular a matéria e da iniciativa municipal de implementar legislação própria, deve ser considerado o paradoxo colocado pelo direito constitucional, que garante a qualquer cidadão o atendimento na rede pública, e a reivindicação do Estado de ressarcimento dos gastos em procedimentos específicos. Além disso, qualquer perspectiva de cobrança pressupõe o estabelecimento de algum tipo de padronização de preços para os mesmos procedimentos em distintas modalidades de planos de seguros, assim como o repasse para o preço dos planos dos custos adicionais do ressarcimento ao setor público.

A superposição de diferentes formas de remuneração numa mesma unidade de saúde evidencia não apenas a importância do SUS para a oferta de serviços privados no país, mas também as enormes disparidades regionais em relação à dependência dos prestadores do SUS e/ou de planos e seguros privados. Além disso, a hibridiz institucional está instalada mesmo no âmbito exclusivo da assistência médica suplementar: por exemplo, os beneficiários de uma empresa de autogestão são, em determinados casos, atendidos por cooperativas médicas, assim como clientes de planos de Santas Casas poderão estar ressegurados por seguradoras [Reis, Bahia e Barbosa (1997, p. 9)].

Essa situação complica-se com referência ao profissional médico, para o qual a multiplicidade de vinculações é praticamente a norma. Em relação à distribuição e vinculação ao mercado de trabalho dos profissionais médicos, segundo dados de 1995, 69,7% têm atividade no setor público, seja na esfera federal, estadual ou municipal — essa porcentagem é maior nas regiões Norte e Nordeste; e aproximadamente 59% dos médicos têm atividade no setor privado — essa porcentagem é maior nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Além disso, 70% a 84% dos profissionais, para todas as regiões do país, exercem atividade *liberal* em seus consultórios, mas, destes, de 75% a 90% declaram depender diretamente dos convênios com empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, etc. para a manutenção de seus consultórios em funcionamento [Machado *et alii* (1996, p. 33)]. Ou seja, o duplo vínculo também

²⁶ Desde 1994, no Rio de Janeiro, a Lei nº 2 147 (maio/94), do vereador Milton Nahon, já estabelece que os hospitais da rede municipal podem cobrar das empresas de saúde os gastos com tratamento de seus segurados. Em 30/10/97, foi assinado convênio entre a prefeitura e a Bradesco Seguros para reembolsar quatro hospitais de emergência da rede municipal — Miguel Couto, Souza Aguiar, Salgado Filho e Lourenço Jorge — e pagar pelo atendimento a seus segurados. Segundo pesquisa encomendada pela prefeitura ao IBOPE, cerca de 10% dos pacientes atendidos nas emergências desses hospitais têm plano privado de saúde, mas até o momento as tentativas de cobrança aos planos não haviam dado resultado (*O Globo*, 31/10/1997, p.26).

acontece no mercado de trabalho profissional, e a dependência financeira dos profissionais *liberais* dos convênios com o setor privado também é significativa.

Sendo assim, o imbricamento institucional entre clientelas de planos de saúde e a oferta de serviços remunerada pelo SUS não se restringe à utilização complementar de serviços de alto custo. Da mesma forma, também é bastante complexa a inter-relação entre as diferentes modalidades, tanto no que se refere à composição dos planos quanto na diversidade do agrupamento de coberturas ofertadas e nas formas como são prestados os serviços.

7 A QUESTÃO DA REGULAÇÃO

Tradicionalmente, a regulação pública do seguro privado em saúde tem três objetivos, esboçados por Chollett e Lewis (1997, p. 87-91), e aqui reinterpretados, os quais, embora inter-relacionados, podem ser separados para fins analíticos: a manutenção da estabilidade do mercado segurador, o controle da assimetria de informação e a maximização da participação do consumidor no mercado privado da saúde. Essas diferentes dimensões da regulação apontam, simultaneamente, para a proteção do consumidor e para níveis aceitáveis socialmente de justiça social.

O primeiro ponto inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras no mercado, o que pressupõe regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso de insolvência das empresas.

O segundo ponto está referido fundamentalmente às assimetrias de informação específica desse mercado (entre as seguradoras e os segurados e entre os profissionais e o paciente) e deve cobrir tipicamente duas áreas: a regulação das cláusulas contratuais e do *marketing* dos planos de seguro; e a regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de serviços.

O terceiro ponto, maximização da participação do consumidor, refere-se às regulações que tendencialmente têm tentado conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica e incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo, etc; e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios (compulsoriedade para alguns benefícios).

No Brasil ainda estamos engatinhando nesse domínio e, embora o debate e o processo de aprovação da legislação reguladora da assistência médica suplementar, ora em curso, sejam extremamente bem-vindos, colocam-se novos problemas. Vale a pena um breve repasse.

A questão da regulação da assistência médica suplementar no Brasil entra para a agenda governamental no final dos anos 80, circulando lentamente pelas arenas técnicas e políticas, num processo deliberado de não-decisão durante anos. Desde 1989, a SUSEP (Ministério da

Fazenda) vem advogando a necessidade de regulamentação para os planos de seguros de saúde, pleiteando para si as funções regulatórias das atividades de oferta e comercialização do setor de assistência médica suplementar. As preocupações da área econômica referem-se tanto aos aumentos dos preços dos planos quanto à entrada do capital estrangeiro na exploração de seguros relacionados com a previdência complementar, acidente de trabalho e saúde. O primeiro projeto de lei que propôs uma regulamentação foi apresentado em 1991, mas não teve maiores repercussões. Em 1993, o senador Iran Saraiva (PMDB-GO), atual ministro do Tribunal de Contas da União (TCU), deu entrada no projeto de regulamentação, desencadeando um processo de discussão que foi se ampliando à medida que os interesses societários específicos passaram a se expressar mais ativamente nas arenas decisórias (técnica e legislativa), com as correspondentes traduções (ou não) em propostas de leis, vetos ou movimentações de repúdio/resistência.

Foram seis anos de debate, 24 projetos e 130 emendas (*Revista Veja*, ano 30, nº 42, 22/10/97, p. 102). No Executivo, o Ministério da Saúde constituiu primeiro uma comissão para propor regulamentação para o setor e, em 1996, enviou ao Legislativo um projeto de lei referente ao ressarcimento ao SUS dos gastos de beneficiários de planos privados (ainda na gestão do ministro Adib Jatene); depois, sob a batuta do novo ministro (Carlos Albuquerque), montou grupo de trabalho interministerial específico sobre o tema (Saúde, Justiça e Fazenda), que endossava o pleito da área econômica de assumir as atividades de regulação dos planos, além de propor a instituição de um sistema especial de custeio dos procedimentos de alto custo.²⁷ No mesmo ano (1996), o Conselho Nacional de Saúde aprovou proposta de regulamentação, baseada no trabalho ministerial, que também foi encaminhada ao Parlamento. Ainda em 1996 foi criada, na Câmara dos Deputados, comissão especial para estudar a regulamentação dos planos de saúde e propor projeto de lei, coordenada pelo deputado Pinheiro Landim, extinta em 1997, depois de grande movimentação de diversos grupos de interesse e denúncias de que o projeto resultante estava inteiramente calcado na proposta das empresas vinculadas à ABRAMGE. Em setembro de 1997, depois de ameaça de medida provisória para o assunto, o governo finalmente envia seu projeto de lei ao Legislativo, votado pela Câmara recentemente.

A recente priorização dessa temática na agenda setorial é estimulada por alguns fatores, entre os quais destacamos:

1. a mobilização de esferas estaduais de governo na direção da aprovação de legislação própria,²⁸ diante do aumento de reclamações dos consumidores junto aos PROCOM e à Justiça,

²⁷ Viana, Reis e Bahia (1997, p. 3) lembram ainda que a regulamentação dos planos de saúde entra para a agenda política após a derrota da proposta integrada de reforma da previdência social, a qual previa articulação entre a reprivatização de acidentes de trabalho, o incentivo à previdência complementar privada e a ampliação do contingente de trabalhadores vinculados ao setor de assistência médica suplementar.

²⁸ A lei paulista do deputado estadual Paulo Teixeira (Lei nº 9 495, de 9/3/97), sancionada pelo governador Mario Covas em março de 1997, obrigava as seguradoras e empresas de planos de seguros (prestadoras diretas de serviços ou intermediadoras) a garantir atendimento a todas as enfermi-

decorrentes de abusos nos ajustes de preços, negação de atendimento, burocratização dos procedimentos para segurados e prestadores, além das denúncias sobre atitudes francamente anti-éticas e ameaçadoras da vida e saúde dos usuários de serviços vinculados aos planos de seguro-saúde, que são cada vez mais freqüentes nos jornais;

2. a denúncia de problemas de solvência (ou falência) de empresas seguradoras ou operadoras de planos de saúde;

3. a evasão fiscal (ou falta de arrecadação) proveniente tanto do *status* jurídico filantrópico de muitas empresas que operam no setor quanto dos subsídios/incentivos específicos; e

4. as questões relacionadas ao subfinanciamento setorial e à necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica.

Esse processo caracteriza-se por sua extrema complexidade, tanto pela força dos interesses consolidados no setor, inclusive com *lobbies* institucionalizados no próprio Parlamento, na figura de deputados ou senadores eleitos que têm vínculos diretos com a assistência médica suplementar, quanto pela própria complexidade do setor em si e a dramática situação em que se encontra a assistência pública, além do longo percurso anterior sem regulação clara, que legitimou práticas que, para serem desmontadas, requerem esforços regulatórios, de monitoração e fiscalização muito mais intensos.

A nova regulação aprovada pela Câmara contempla mudanças importantes, mas também respalda e legitima práticas seletivas das empresas e não define claramente os mecanismos por meio dos quais será garantido o cumprimento das medidas propostas.

Ressaltaremos alguns pontos desse debate em torno dos quais nos parece fundamental prestar atenção, discutindo-os *vis-à-vis* alguns elementos colocados pela experiência internacional. Referem-se tanto à regulamentação em si quanto às expectativas de ampliação de cobertura e melhora do acesso à assistência médica via sistema privado suplementar, ponto em que confluem as demandas de setores da sociedade, tanto de usuários quanto de prestadores e de empresas, e a proposta de política governamental para o setor.

7.1 As Especificidades do Mercado Privado de Assistência Médica

Na classificação econômica dos bens de consumo, a assistência médica em geral pode ser considerada um *bem privado*, isto é, um serviço que beneficia a pessoa que o consome e que, uma vez consumido por essa pessoa, não o pode ser por outras. Obviamente, esse enquadramento econômico tem que ser qualificado

dades relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID) da OMS. A rápida suspensão da lei pelo Supremo Tribunal Federal respondeu tanto às duas ações diretas de inconstitucionalidade quanto ao efeito que desencadeou em outros estados, uma vez que o projeto resultante daquela lei foi copiado por deputados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pará e Tocantins. As ações foram propostas, respectivamente, pela Confederação Nacional de Saúde, Hospitais e Estabelecimentos de Serviços, representada por Ives Gandra da Silva Martins, e pela Confederação Nacional do Comércio, representando as seguradoras, cujo advogado foi Gustavo Miguez de Mello. O STF deu ganho de causa para a segunda, praticamente por unanimidade (*Banco Hoje*, julho/1997, p. 58).

para o campo da saúde, que é constituído por diversas outras dimensões interconectadas por meio da demanda e da oferta de serviços de saúde e assistência médica (incluindo outros *mercados*), e mediado pela concepção de direito de acesso à assistência médica como direito social, viabilizado historicamente de diversas formas, mas com importante participação do seguro-saúde, principalmente público. No mundo real, a constituição dos sistemas de serviços de saúde deu-se por meio de um profundo imbricamento público/privado, destinado a superar os problemas que a prática do mercado privado em saúde inevitavelmente traz.

De maneira geral, o seguro reduz os riscos aumentando a previsibilidade dos eventos adversos por meio do agrupamento de grande número de riscos similares. Numa perspectiva financeira, o seguro é um arranjo que redistribui os custos de perdas inesperadas [Dorfman (1982, p. 5), *apud* Schieber e Maeda (1997, p. 11)]. Do ponto de vista legal, o seguro estabelece uma relação contratual, na qual uma terceira parte concorda em compensar os segurados por custos específicos que incorrem quando a perda ocorre [Hall (1994, p. 6), *apud* Schieber e Maeda (1997, p. 11)].

Existe consenso na literatura, nacional e internacional, sobre as especificidades do mercado de serviços de assistência médica, suas *externalidades* e as dificuldades decorrentes dos seguros contra os riscos em saúde. Assim argumenta-se que, embora as questões não sejam específicas da assistência médica, a magnitude e interação de certos problemas são especialmente importantes nos mercados de saúde. As dificuldades são bem conhecidas e discutidas pelos autores e decorrem de determinados comportamentos, tanto dos segurados quanto das seguradoras, que induzem ao *risco moral* (*moral hazard*) e à *seleção adversa*, relacionados aos consumidores, e à *seleção de riscos*, referente às companhias seguradoras [Pauly (1968); Arrow (1985); Forns e Martinez (1986); Baar (1992); Hsiao (1995); Pereira (1995); Musgrove (1996)].

O chamado *risco moral* (ou *moral hazard*) [Pauly (1968)] refere-se à mudança de comportamento do segurado (aumento da utilização de serviços) em função de não ter que suportar o custo total do atendimento (“já que estou pagando vou usar”, segundo o senso comum). O consumidor racional percebe que os benefícios são elevados, enquanto os custos são repartidos. Isso significa que o preço deve cobrir o aumento de demanda que resulta da simples afiliação ou compra do seguro, que, em geral, é maior do que a assistência que a pessoa compraria se tivesse que pagar diretamente [Musgrove (1996, p. 15); Baar (1992); Pereira (1995)]. Alguns tipos de risco moral estão presentes em todos os seguros, mas são mais frequentes nos seguros-saúde, independentemente da forma de financiamento, e, acrescentamos, por si só não definem se o seguro deve ser público ou privado.

Na medida em que vários seguros privados competem entre si, há dois outros problemas relacionados: a *seleção adversa*, por parte dos consumidores, e a *seleção de risco*, por parte das seguradoras.

Denomina-se *seleção adversa* a tendência do sistema de seguros de incorporar indivíduos de maior risco, isto é, aqueles cuja perda esperada é maior. No caso em que a seguradora aplica um único preço para todo o grupo segurado, o sistema de seguros promove uma transfe-

rência entre indivíduos com distintos graus de risco. Na medida em que o risco, em geral, é mais conhecido dos segurados do que dos seguradores, e a tentativa de driblar os controles do seguro faz parte da escolha racional do indivíduo, aqueles com menor risco tenderão a abandonar o sistema ou não comprar uma apólice ou plano, permanecendo os que provocarão maiores gastos; o resultado será um processo progressivo de aumento de preços [Forns e Martinez (1986); Pereira (1995)].

Para protegerem-se contra a combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, os seguradores engajam-se na *seleção de risco* (relacionada ao chamado *cream-skimming*), isto é, criam barreiras à entrada dos segurados no sistema, peneirando os de alto risco (tais como os idosos ou portadores de certas doenças, como câncer, AIDS, artrite reumatóide, etc.). A ineficiência toma a forma de aumento dos custos administrativos e de exclusão, além de estimativas de risco de clientelas específicas pelas seguradoras. Particularmente, quando não são cobertas as condições preexistentes (por exemplo, doenças crônicas), pessoas com problemas de saúde prévios não conseguem se filiar a um seguro e, se estão seguradas por seus empregadores, pode-se chegar a certa *imobilidade da força de trabalho*, pois a perda do emprego acarretaria a perda do seguro [Congressional Budget Office (1994), *apud* Musgrove (1996, p. 17)]. Uma das respostas é exatamente a diferenciação de preços segundo riscos, que traz sérias dificuldades se o mercado é deixado à sua própria sorte. Quando os riscos são mais uniformes ou predizíveis, ou mais relacionados à renda, essas falhas são menores. No que diz respeito às necessidades, a dificuldade de predição é exacerbada tanto pela imponderabilidade dos eventos em termos de assistência médica quanto pela rapidez das mudanças tecnológicas no setor.

Problemas adicionais relacionados com essas *falhas* do mercado dizem respeito à *informação incompleta* e à *assimetria de informação*, tanto no que se refere aos consumidores quanto às seguradoras e aos prestadores de serviços. Entretanto, essas dificuldades não podem ser corrigidas apenas com o fornecimento de mais informação para todos os atores envolvidos, pois, ao mesmo tempo em que pode permitir escolhas mais conscientes, pode exacerbar as falhas mencionadas. É isso se dá tanto pelo conhecimento incompleto e altamente mutável no tempo sobre as melhores formas de controlar a saúde, quanto pela velocidade do desenvolvimento tecnológico setorial e o estímulo ao uso intensivo de novas tecnologias, que também pode tomar a forma de diagnósticos mais precoces ou de sobreutilização.

Em síntese, a conseqüência dessas *falhas* é que em um mercado desregulado, competitivo, os custos administrativos serão maiores do que os necessários, mesmo com novos modelos gerenciais, que reduzem, mas não eliminam, esses problemas, e sem alguma forma de intervenção estatal, tais arranjos terão pequeno efeito, remetendo ao aumento da ineficiência e da iniquidade.

7.2 A Importância da Regulação

Os autores apontam, em vasta literatura sobre o tema, que existem sérios problemas referidos à coletivização do risco, ao acesso aos serviços e aos custos dos seguros privados de saúde. Muitos desses problemas ocorrem como resultado dos fatores utilizados para estabelecer os prêmios (idade, sexo, estado de saúde prévio, profissão ou grupo ocupacional, tamanho do grupo, localização geográfica, etc.), assim como são decorrência dos métodos de *seleção de risco* adotados pelas seguradoras para prevenirem-se contra a *seleção adversa*, geralmente levando a discriminações e exclusões, sobretudo de pequenos grupos ou populações mais vulneráveis. O resultado dessa dinâmica é sempre alta segmentação de clientela e diferenciação de prêmios, que impedem a efetiva coletivização do risco.

A experiência internacional evidencia grande variedade de medidas para correção dessas distorções (ver quadro 2 no anexo). No caso da *seleção adversa*, algumas têm sido bastante efetivas e vão desde a compulsoriedade de inscrição e contribuição para todo indivíduo abaixo de determinado nível de renda, como na Alemanha, um sistema centrado no seguro nacional de saúde, em que todos os aspectos dos fundos privados do seguro-doença são estritamente regulados, transformando-os em entidades quase-públicas, assim como o comportamento e a *performance* dos prestadores; até à obrigatoriedade de, no mínimo, 75% de empregados segurados (nos seguros vinculados ao empregador), como nos EUA [Hsiao (1995)]. Para o controle da *seleção de risco* os instrumentos ainda são pouco desenvolvidos, e as formas de driblar as normas de regulação são infinitas. Já para moderar o *risco moral* e os *custos inflacionários*, têm sido utilizadas diversas práticas, entre as quais se destacam o resseguro, os co-pagamentos e as medidas de contenção de custos sobre os prestadores.

De maneira geral, pode-se dizer que a co-participação direta do usuário no financiamento do serviço na hora da sua utilização tem sido muito difundida, mas sua efetividade tem sido questionada. Pelo lado do consumidor, apesar de reduzir a demanda, pode levar à postergação do atendimento, nas camadas mais pobres, com maior custo posterior. Pelo lado do prestador, pode induzir à maior demanda de serviços para compensar a perda de renda motivada pela baixa procura pelo paciente. Entretanto, o impacto financeiro do co-pagamento é bastante variável, dependendo do que se coloque no denominador para calcular o percentual. A média de aporte tem sido inexpressiva nos países europeus — não supera 3% do total da receita para a saúde. Já nas Américas esse percentual tem variado muito: Jamaica — 1,5% do total do gasto público com saúde; El Salvador — 5% do total dos recursos dos hospitais públicos; Guatemala — 2% do orçamento do Ministério da Saúde; Panamá e República Dominicana — 10% e 20%, respectivamente, do total de recursos das unidades do Ministério da Saúde; Honduras — 15% dos orçamentos dos hospitais que adotaram o co-pagamento; Argentina — 20% a 30% dos honorários pagos aos médicos por serviços ambulatoriais; Chile — entre 50% e 75% no âmbito das ISAPRES [Márquez (1992, p. 111-132)]. Para o Brasil, estimativas do IPEA, em 1981, apontavam para uma receita equivalente a 10% do gasto previdenciário com assistência médica [Viana, Piola e Reis (1997)]. De qualquer forma, advoga-se sempre sua utilidade na conscientização do usuário e do prestador sobre o custo dos serviços.

Com base nas experiências internacionais, pode-se afirmar que, de maneira geral, é difícil, inclusive do ponto de vista técnico, e bastante caro, em termos de financiamento, custo e gasto, corrigir as falhas do mercado em saúde, sobretudo nos seguros privados. Hsiao (1995, p. 138) relata exemplos expressivos sobre os altos custos de transação presentes nos seguros privados. Segundo seus dados, usar o mercado privado de seguros em saúde para alcançar maior eficiência requer medir as perdas da ineficiência do financiamento público em relação aos custos adicionais de transação no mercado de seguros privados. Assim, no mercado desregulado de *managed care* nas Filipinas, esses custos mais os lucros totalizam 45% da receita dos prêmios; no Chile, um mercado regulado, os custos de transação respondem por mais de 30% da receita média de prêmios; e nos EUA, onde os preços médicos são muito altos e o mercado bastante regulado e subsidiado, esses custos alcançam 25% dos prêmios. Em contrapartida, outros sistemas centrados em seguros nacionais de saúde, como Canadá, Japão e Alemanha, têm gasto menos de 10% de suas receitas com esses custos.

Os exemplos internacionais também mostram que a regulação dos seguros privados não é capaz de corrigir as falhas do mercado na perspectiva de assegurar cobertura ampla para a população, mesmo se o Estado proporciona subsídios para os idosos, pobres e deficientes, como nos EUA.

Em síntese, existem evidências suficientes de que um sistema mais eqüitativo em termos de financiamento só pode ser alcançado com forte intervenção estatal, principalmente com a filiação compulsória de todo cidadão e a estrita regulação do sistema operador de seguros e prestador de serviços.

Essas advertências, apontadas por vários autores [Hsiao (1995); Schieber (1995); Schieber e Maeda (1997); Jönsson e Musgrove (1997), entre outros], são especialmente importantes para os países em desenvolvimento, nos quais, além da falta (real) de recursos para fazer frente às necessidades de assistência médica da população, a capacidade regulatória é precária, e a opção de priorizar os seguros privados para ampliar cobertura provavelmente estimulará a criação (ou manutenção) de sistemas duais, altamente segmentados e iníquos, em sociedades já marcadas por extremas desigualdades.

De qualquer forma, é bastante óbvio que a regulamentação dos planos privados de saúde é fundamental para amenizar, pelo menos em parte, os problemas mencionados.

7.3 A Regulação da Assistência Médica Suplementar no Brasil

O projeto de lei recém-aprovado pela Câmara dos Deputados concentra-se basicamente em duas das dimensões da regulação dos planos privados de saúde, mencionadas anteriormente, e apenas parcialmente. Assim, a regulação de algumas cláusulas contratuais visam fundamentalmente maximizar a participação do consumidor no mercado, pois no que concerne à proteção do consumidor ainda deixa muito a desejar; já as questões relativas à garantia da estabilidade do mercado, aos subsídios e incentivos deixam em aberto inúmeras questões.

A designação da SUSEP como fiscalizadora dos planos de saúde, atendendo à demanda da área econômica do governo, inaugura outra etapa de debates e negociações, uma vez que questões referidas ao estatuto fiscal das empresas, padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras do mercado não foram objeto de maiores aprofundamentos. Isso é mais preocupante, ainda, quando se verifica que a aprovação da permissão de entrada de empresas estrangeiras, associadas ou não a empreendimentos nacionais, pode colocar outra gama enorme de problemas não considerados no debate atual e que também passou quase despercebida nas notícias veiculadas pela grande imprensa.²⁹ A chegada das empresas estrangeiras no mercado brasileiro já vem forçando as empresas nacionais a buscarem novos produtos e reduzirem custos.³⁰

Ao mesmo tempo, os argumentos dos menores preços e menores gastos não são respaldados nem mesmo pelos especialistas da área, que não confirmam o barateamento dos planos, mas afirmam que o *ganho será qualitativo* (Carlos Alberto Miranda, consultor da Ernst & Young, 1996, *apud O Globo*, 21/9/1997, p. 35), pois além de os preços serem mais altos no exterior (ainda que a cobertura possa ser maior), as empresas estrangeiras também estarão sujeitas aos altos custos da assistência médica no Brasil e ao baixo poder aquisitivo de grande parte da população, conseqüentemente, às mesmas necessidades de reajustes. A mudança virá exatamente no *modelo de relacionamento que as empresas mantêm com os prestadores*, centrado fundamentalmente no corte de custos e na contenção dos gastos, por meio da adesão ao *managed care* (*O Globo*, 21/9/1997, p. 35). Outra medida também defendida é co-participação do usuá-

²⁹ A participação de empresas estrangeiras no setor foi proposta pela primeira vez pelo Projeto de Lei nº 1 930/96, do deputado Iberê Ferreira/PFL, que propunha a alteração da Lei Orgânica da Saúde (que veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde). Entretanto, a regulamentação atual está respaldada pelo artigo 192 da Constituição, que trata da sistema financeiro nacional. Num primeiro momento foi aprovada sua participação vinculada às operadoras brasileiras e, na atual regulamentação, abre-se a participação mesmo sem associação.

³⁰ A estadunidense Aetna associou-se à Sul América Seguros; a Cigna assumiu, junto com o Banco Excel, a Golden Cross (o que não evitou a falência); a AIG associou-se ao Unibanco; a italiana Generali começa a operar no ano que vem junto a pessoas físicas, e várias outras são referidas como possíveis interessadas no mercado brasileiro, como as gigantes New York Life, Metropolitan, State Farm e All State (*O Globo*, 21/9/1997, p. 35).

rio para compensar a prestação baixa — por exemplo, *franquias* de R\$ 150 a 300, em caso de cirurgias, e de montantes diferenciados para consultas médicas e exames de diagnóstico.

Na realidade, a disputa de mercado é mais acirrada do que pode parecer e vai além das fronteiras nacionais, provocando certa polêmica. Empresas de planos de saúde, como a Amil e a Omint, já enviam seus segurados para tratamento nos hospitais dos EUA (cerca de 5 por mês), especialmente organizados para o atendimento a estrangeiros. Os motivos alegados referem-se ao menor custo desses procedimentos nos EUA, fato que instaura polêmica e questiona a forma de funcionamento do seguro privado no Brasil. As diferenças de preço seriam devidas principalmente à incorporação e sofisticação tecnológica, com técnicas e equipamentos ainda não disponíveis no Brasil, e à operação em economia de escala, com conseqüente redução de custos. Além disso, o pagamento não se efetua por meio de contas individualizadas, mas por *pacotes*, cujo custo leva em consideração o preço médio do procedimento, além de que não existe livre escolha, isto é, o paciente é direcionado para um serviço específico. Obviamente, o negócio só é vantajoso porque implica alguma forma de seleção de clientela, como bem alerta o médico Fernando Boigues, administrador do Hospital Nossa Senhora do Carmo. Aparentemente, os hospitais dos EUA só aceitam os pacientes *em boas condições*, isto é, cujo risco cirúrgico ou possibilidade de complicações sejam pequenos. Em outras palavras, esses serviços são especializados em determinados procedimentos, em geral cirúrgicos, e estruturam-se para atender a uma específica clientela estrangeira, segundo padrões definidos de condições prévias (*O Globo*, 15/3/98, p. 40).³¹

De qualquer forma, é evidente que a desvantagem dos hospitais brasileiros é enorme nessa guerra de preços, pois passa tanto pela questão da incorporação tecnológica quanto pela forma de financiamento/cobrança dos atendimentos, como também pelas dificuldades de garantir volume de atendimento que permita a redução de custos. A necessidade de reestruturação não é de pouca monta e, sem sombra de dúvida, vincula-se à agenda reformista da contenção de custos e da atenção gerenciada.

Em outras palavras, nessa área a concorrência entre o capital estrangeiro e o nacional, e entre os mercados dos diversos países, torna ainda mais frágil a legislação nacional, pois, além de não se restringir ao campo setorial, por um lado, pode aumentar os preços, contrariamente ao que se apregoa; por outro, traz os riscos de concentração do mercado em mãos de grandes empresas, que, além da âncora financeira que em geral já possuem, carregam a experiência de atuação em outros mercados extremamente regulados. Nada garante, porém, que se conduzam no mercado nacional segundo aqueles parâmetros. Ao contrário, é mais lógico pensar que se aproveitem das *facilidades* locais. Em síntese, o projeto de regulamentação, nesse

³¹ Essas informações foram prestadas em entrevistas concedidas ao jornal *O Globo* (publicadas em matéria de 15/3/98, p. 40) por Jorge Antonio Kropf, diretor da Amil; Henrique Bernardelli, diretor da Sul América; e médicos diretores/administradores de hospitais brasileiros, como Roberto Pozzan, da Clínica São Vicente, Fernando Boigues, do Hospital N. Sra. do Carmo, e Francisco Theóphilo, neurocirurgião.

aspecto, volta-se para o padrão de competição das empresas, mas não leva em consideração a possível desestruturação do mercado nacional com a entrada do capital estrangeiro.

Para Viana, Reis e Bahia (1997, p. 3), a entrada do Ministério da Fazenda, ao mesmo tempo em que amplia o escopo do debate, desequilibra e rompe pactos provisoriamente estabelecidos entre vários atores do setor, que legitimavam a lógica da livre escolha do consumidor e da autonomia do profissional médico, pois, embora respaldada por argumentos de natureza corporativa, apoiava-se em princípios de defesa do consumidor. O redirecionamento das *alianças* entre Estado e capital internacional, sob a égide da Fazenda, está fundamentado em outra lógica, isto é, na contenção de custos e no redirecionamento do *mix* público/privado em favor do segundo, em sintonia com uma agenda que vem sendo difundida internacionalmente como mais efetiva para romper com as desigualdades no setor. Dito de outra forma, o estímulo à ampliação da cobertura privada permitiria ao Estado redirecionar os (escassos) recursos públicos para a atenção aos mais necessitados. Essa percepção ignora, entretanto, as relações complementares perversas, entre público e privado, já existentes no subsetor da assistência médica, assim como entre o Estado e as atividades de comercialização de planos e seguros de saúde.

Os incentivos e subsídios não foram tocados.³² A renúncia fiscal inerente ao mercado de seguros e planos privados de saúde confere forte subsídio do Estado às empresas privadas seguradoras e operadoras, além da *socialização* dos custos dos planos próprios das empresas para seus empregados, pagos pela sociedade.³³

³² O principal incentivo existente neste campo é o abatimento dos gastos de saúde das famílias do Imposto de Renda de Pessoa Física. Até 1986, tais recursos eram abatidos integralmente, limitados, no entanto, a despesas médicas e odontológicas efetivamente realizadas, pagas diretamente pelo cliente, não estando incluídos os recursos gastos com planos de saúde, sejam familiares ou de empresas, bem como despesas com psicanalistas, logopedistas e outras especialidades. Generalizaram-se práticas sonegadoras, resultantes de *acordos* entre clientes e profissionais (os preços diferenciados com e sem recibo), assim como as fraudes, dado que era sempre possível encontrar um profissional ou serviço disposto a *vender* recibos falsos a quem tinha muito imposto a pagar. A partir de 1988 (ano base 1987) poderiam ser abatidas todas as despesas com saúde do titular e seus dependentes, exceto aquelas pelas quais o indivíduo tenha sido reembolsado ou coberto por seguro e algumas outras, como despesas com medicamentos, óculos, próteses, etc. No entanto, a parcela gasta não reembolsada pela empresa poderia ser abatida, desde que devidamente comprovada. Em 1989 (ano base 1988), foi introduzida a possibilidade de deduzir as despesas com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, desde que comprovada a existência de laudo médico. E, em 1990 (ano base 1989), só poderia ser deduzido o montante que superasse, em cada mês, 5% da renda bruta auferida naquele mês. No entanto, poderiam ser abatidas as despesas gastas com seguro e planos de saúde que excedessem esse limite. Para 1991 (ano base 1990) retornou-se à restituição dos gastos com saúde no IRPF. O abatimento no IRPF configurou-se, portanto, como o grande incentivo ao gasto privado das famílias [Médici (1991c)].

³³ Dados fornecidos pela Secretaria da Receita Federal indicam que 34 667 empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativas a despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica na declaração de 1997 (ano base 1996), totalizando R\$ 3 232 milhões e configurando uma renúncia fiscal da ordem de R\$ 808 milhões (alíquota base 25%). Quanto às pessoas físicas, alíquota base de 15%, 2 208 547 contribuintes deduziram, em 1997, R\$ 1 118 112 185, o que significou uma renúncia fiscal de R\$ 167 716 828; e, na alíquota base de 25%, 1 646 136 contribuintes deduziram R\$ 2

Como informam Viana, Reis e Bahia (1997, p. 3), existem apenas dois projetos de lei que postulam o fim do abatimento das despesas médicas do IRPF, que obviamente têm alto grau de rejeição e não entram na pauta de negociação, sobretudo com a perda de poder aquisitivo da classe média, a deterioração dos serviços públicos e a moeda de troca, entre empregados e empregadores do mercado formal, em que se transformaram os planos de saúde. Ou seja, a matéria é no mínimo polêmica.

Em resumo, a necessidade de ampliar o marco regulatório é urgente, incorporando todas as dimensões interconectadas nesse processo e que requerem regulações e medidas controladoras específicas, em geral não afeitas apenas à área da saúde, o que seguramente não será conseguido apenas com essa regulamentação recém-aprovada e muito menos com a atuação isolada da SUSEP.

Em síntese, existem formas reguladoras que vêm sendo implementadas, com maior ou menor sucesso, que exigem, entretanto, capacidade técnica altamente sofisticada, sistemas de monitoração, controle e fiscalização subsidiados por informações confiáveis e atualizadas e, principalmente, grande agilidade das agências regulatórias. Ressalta-se, ainda, a importância da concentração do mercado nessa dinâmica (com o risco de formação de monopólios e cartéis), o que exige a diversidade de *locus* regulatórios interconectados que assegurem que as várias dimensões da regulação necessária sejam contempladas.

Os problemas que persistem não são desprezíveis. Em que medida esse processo decisório resultará em uma legislação que será capaz de encontrar soluções específicas para a complexidade da problemática nacional *vis-à-vis* a dinâmica internacional nessa área, quais serão os reflexos dessa nova regulação no mercado privado de assistência médica suplementar, qual o impacto no mercado da entrada das empresas e do capital internacional e qual a capacidade de *enforcement* do governo para fazer valer a legislação são algumas das principais indagações que permanecem sem resposta.

8 TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS

Pode-se afirmar que na maior parte dos países do mundo os recursos públicos são a principal fonte de financiamento dos sistemas de saúde e, exceto para poucos países (como EUA e Suíça), os seguros privados são mais expressivos no financiamento da atenção médica. Já nos países em desenvolvimento, em geral, e na América Latina, em particular, o financiamento público tende a ser menor, e o gasto privado direto significativamente maior em relação ao gasto total. Em 1990, o gasto privado das famílias — gasto direto (*out of pocket*) — foi o componente mais importante do gasto total em saúde (ao redor de 57% do gasto sanitário em

902 635 224, o que correspondeu a R\$ 725 658 806 de renúncia fiscal. Somados, esses dois grupos totalizaram R\$ 4 020 747 409, de deduções, e R\$ 893 375 634, de renúncia fiscal; e, se acrescentarmos a renúncia fiscal das empresas, teremos um total de cerca de R\$ 1,7 bilhão (Secretaria da Receita Federal, dados fornecidos ao Gabinete do deputado federal Sergio Arouca, Câmara dos Deputados, Brasília).

toda a região, 3,2% do PIB). Com exceção dos EUA, nos países centrais esse gasto corresponde a cerca de 23,4% do gasto nacional. A parte pública constituiu cerca de 43% do gasto sanitário total, o que representa 2,2% do PIB. Essa porcentagem corresponde a menos da metade da média mundial (4,9% do PIB) [OPAS (1995, p. 15)] (ver tabela 13).

TABELA 13
Comparação de Indicadores de Gasto Sanitário
América Latina e Países Centrais

Indicadores	América Latina e Caribe (1994)	Países Centrais (1993)
Gasto sanitário total(% PIB)		
Total	5,7	7,8
Público	2,5	4,9
Privado	3,2	2,9
Composição percentual do gasto total		
Total	100,0	100,0
Público	43,4	64,6
Nível central	12,2	
Níveis estaduais e municipais	7,4	
Seguridade social	23,8	
Privado	56,6	35,4
Gasto sanitário <i>per capita</i> (US\$) ¹		
Total	133,0	1 620,00
Público	58,0	1 010,00
Privado	75,0	610,0
Relação privado/público	1,3	0,6

Fonte: OPAS (1995, p. 24). Para os países centrais as estimativas foram elaboradas com base em dados da OECD (1993). Para América Latina e Caribe foram utilizados dados da OPAS (1994, anexo estatístico).

Nota: ¹ Média ponderada pelo PIB de 24 países desenvolvidos da OECD, incluindo Canadá e os EUA. Gasto *per capita* em dólares correntes de 1990. Dados primários da OECD (1994).

Outra característica regional é a grande diferença entre os países (ver tabela 14), além das desigualdades internas em cada país.

TABELA 14
Indicadores de Gastos com Saúde em Países Selecionados — América Latina

País	Gasto com Saúde			Ajuda Externa à Saúde (% PIB)
	<i>Per capita</i> (US\$)	Público (% PIB)	Privado (% PIB)	
Nicaragua	35	6,7	1,9	20,0
Haiti	30	3,2	3,8	17,0
Honduras	26	2,9	1,6	15,1
Bolívia	25	2,4	1,6	20,3
Guatemala	31	2,1	1,6	11,1
R. Dominicana	37	2,1	1,6	4,1
Equador	43	2,6	1,6	7,0
Peru	49	1,9	1,3	2,7
El Salvador	61	2,6	3,3	13,9
Colômbia	50	1,8	2,2	1,6
Paraguai	37	1,2	1,6	6,4
Chile	100	3,4	1,4	0,7
Venezuela	89	2,0	1,6	0,1
Argentina	138	2,5	1,7	0,2
Uruguai	124	2,5	2,1	1,4
México	89	1,6	1,6	0,9
Brasil	132	2,8	1,4	0,4

Fonte: Banco Mundial (1993), *apud* Médici (1994, p. 49, tabela 3).

No que concerne especificamente ao subsetor de seguros privados de saúde, a tendência mundial é de crescimento discreto; entretanto, o papel que desempenha nos diferentes sistemas de saúde varia enormemente de um país a outro, tanto nos países centrais quanto na periferia (ver quadros 3 e 4, no anexo). Nos primeiros, com a conhecida exceção dos EUA, em geral são complementares aos esquemas públicos e, quando integram de forma importante os sistemas de saúde, são altamente regulados. Já na América Latina, pode-se afirmar que os esquemas privados de assistência médica estão presentes de forma relativamente importante nos distintos sistemas, vinculados tanto aos esquemas públicos de financiamento quanto aos de seguridade social,³⁴ porém, o lugar que ocupam e o papel que desempenham variam bastante entre os países. Como tendência, pode-se dizer que as políticas de reforma em curso na região têm priorizado os seguros-saúde (público e privado) como área potencialmente mais eficiente e passível de ser administrada na perspectiva de possibilitar o alcance de maior eficiência e equidade setorial.

As análises apontam que a ineficiência e maiores dificuldades para controle do gasto também são resultantes de maior participação do setor de seguros privados na provisão de serviços de saúde. Os dados são expressivos. Os EUA são o exemplo mais evidente, entre os países industrializados, de sistema de saúde majoritariamente centrado nos seguros privados de saúde, e ostentam o maior gasto sanitário do mundo, tanto como porcentagem do PIB (13,7%) quanto *per capita* (US\$3 516), e a menor porcentagem de financiamento público (44%) (ver

³⁴ Cerca de 61% da população da região estão cobertos por alguma forma de seguridade social, com grande variação dessa porcentagem entre os países e, em geral, baixa qualidade dos serviços, salvo algumas exceções. O gasto por filiado (segurado mais beneficiários) é estimado, em média, em US\$ 50,00 [OPAS (1994, p. 15)].

tabela 15). O Health Care Financing Administration (*HCFA*) estima que, no final da década de 90, o gasto *per capita* deverá atingir US\$ 5 712, e o gasto nacional total subirá para 16,4% do PIB (cerca de US\$ 1,6 trilhão) [HIAA (1996, p. 6)]. Outro exemplo é a Suíça, que, entre os países europeus, conta com ampla participação do setor de seguros privados no sistema de saúde e tem um gasto *per capita* da ordem de US\$ 2 294, apesar da expressiva porcentagem de financiamento público (72%) e de um gasto sanitário total em torno de 8% do PIB, ambos na média para os países da OECD [OECD (1996)].³⁵

TABELA 15
Gasto Sanitário Nacional, Agregados *per Capita*, Distribuição Percentual e Média de Crescimento Percentual Anual por Fonte de Financiamento, EUA, 1990/1994

Item	1990	1991	1992	1993	1994
		(em bilhões)			
Gasto sanitário nacional	US\$697,5	US\$761,3	US\$833,6	US\$892,3	US\$949,4
Privado	413,1	441,0	477,0	505,1	528,6
Público	284,3	320,3	356,5	387,2	420,8
Federal	195,8	224,4	254,8	278,5	303,6
Estadual e local	88,5	95,8	101,8	108,6	117,2
		(em milhões)			
População total	259,5	262,3	265,9	267,9	270,5
		(em bilhões)			
Produto interno bruto	US\$5 744	US\$5 917	US\$6 244	US\$6 550	US\$6 931
		<i>Per Capita</i>			
Gasto sanitário nacional	US\$2688	US\$2902	US\$3144	US\$3331	US\$3510
Privado	1592	1681	1799	1799	1954
Público	1096	1221	1345	1345	1556
Federal	754	856	961	961	1122
Estadual e local	341	365	384	384	433
		Distribuição Percentual			
Gasto sanitário nacional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Privado	59,2	57,9	57,2	56,6	55,7
Público	40,8	42,1	42,8	43,4	44,3
Federal	28,1	29,5	30,6	31,2	32,0
Estadual e local	12,7	12,6	12,2	12,2	12,3
		(em % do PIB)			
Gasto sanitário nacional	12,1	12,9	13,3	13,6	13,7
		Média de Crescimento Percentual Anual em Relação ao Ano Anterior			
Gasto sanitário nacional	10,2	9,1	9,5	7,0	6,4
Privado	10,2	6,7	8,2	5,9	4,7
Público	10,3	12,7	11,3	8,6	8,7
Federal	9,7	14,6	13,5	9,3	9,0
Estadual e local	11,6	8,3	6,2	6,7	7,9
População	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0
PIB	6,6	3,0	5,5	4,9	5,8

Fonte: Extraído de Health Care Financing Administration (1995). In: HIAA (1996, p. 98).

Vale a pena determo-nos um pouco no caso dos EUA. O sistema de saúde nos EUA é constituído por um expressivo setor privado, composto por grande quantidade de instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por meio de uma multiplicidade de arranjos administrativos e financeiros. A relação usuário-prestador vem sendo progressivamente mediada, nas últimas décadas, por um terceiro agente (Estado, empresas de seguro-saúde ou empresas empregadoras). Esse sistema é financiado por um *mix*, sendo que 56% do gasto é privado. A parte pública desse financiamento (44%) é composta por impostos diretos (52%), impostos indiretos (15%) e contribuições à seguridade social (33%) [van Doorslaer, Wagstaff e

³⁵ Dados de 1994. Além da OECD (1996), ver também HIAA (1996). Os valores *per capita* para ambos os países estão expressos segundo paridade de poder de compra com o dólar.

Rutten (1993)]. Dados de 1994 evidenciavam que cerca de 85% da população estavam cobertos por algum tipo de seguro (público ou privado), sendo que, destes, aproximadamente 73% são privados. Cerca de 80% dos prêmios dos seguros privados são pagos pelo empregador [Jönsson e Musgrove (1997, p. 45)], e aproximadamente 10% da população abaixo de 65 anos têm seguro privado individual ou familiar.

A sobreposição de coberturas (pública e privada) é bastante frequente. Dos filiados ao Medicare, 80% suplementam seus benefícios com seguros privados, chegando a cerca de 50% a parte do gasto com assistência médica paga diretamente do próprio bolso pelos idosos; no geral, mais de 20% da população com algum tipo de seguro privado têm cobertura insuficiente [Bodeheimer e Grumbach (1995, p. 30)]. Em 1994, os estadunidenses gastavam cerca de 7% da renda pessoal disponível (renda pessoal menos as taxas) em planos de seguro privado [HIAA (1996, p. 25)]; em 1991, esse valor era da ordem de 5,7% [Letsch (1993, p. 101)]. Aproximadamente 40 milhões de pessoas, entre as quais 12 milhões de crianças, não têm nenhum tipo de cobertura (15% da população, que inclui grupos de baixa renda, mas não elegíveis para o Medicaid, empregados de pequenas empresas, desempregados, etc.) [HIAA (1996, p. 3-5)].

É importante notar que a falta de cobertura de assistência médica nos EUA não é um problema referido aos pobres e desempregados, mas tornou-se principalmente uma preocupação para a classe média, sobretudo famílias de autônomos ou que trabalham em microempresas e pequenos estabelecimentos. Ademais, segundo um *survey* realizado em 1990, o medo de perder o seguro acometia 30% dos trabalhadores empregados, fazendo com que permanecessem em empregos insatisfatórios por esse motivo [Bodeheimer e Grumbach (1995, p. 31)].³⁶

O sistema privado de seguro-saúde nos EUA vem em processo de mudança acelerada desde os anos 70, impulsionado pelos aumentos excessivos dos gastos com assistência médica (a inflação setorial respondia por metade desses aumentos crescentes) e dificuldades na efetiva contenção de custos. Para a maioria da população estadunidense, o dinheiro gasto em assistência médica vem por intermédio de *terceiros pagadores*, seja o governo ou as empresas empregadoras; paralelamente, a grande quantidade de pagadores (governo federal, estadual e local; empresas, seguradoras e o próprio consumidor) faz com que o poder de compra seja bastante fragmentado, enquanto o poder de venda dos prestadores foi se concentrando paulatinamente.³⁷ Assim, a partir do final da década de 70, as grandes corporações tornaram-se cada

³⁶ Desses sem nenhum tipo de cobertura, em 1994, 57% estavam em famílias chefiadas por pessoas empregadas em tempo integral, e 8,2%, em tempo parcial; 55%, em 1994, eram brancos, e 35,5%, hispânicos, sendo que os negros têm maior cobertura pública [HIAA (1996, p. 21-2)].

³⁷ Os dados mostram uma crescente dominância do mercado hospitalar nos EUA pelo setor lucrativo (passou de 6,5% a todos os leitos, em 1972, para 68%, em 1986). Paralelamente, a política de reembolsos do Medicare tornou a indústria hospitalar atrativa para os investidores, e a legislação de 1974 (*National Planning and Resources Development Act*), formulada para regular a oferta de leitos pela requisição de *certificados de necessidade*, de fato favoreceu a emergência de sistemas hospitalares integrados verticalmente, estimulando a formação de cadeias hospitalares multiinstitucionais. Além disso, a política de impostos *pró-competição* da administração Reagan, nos anos 80, erodiu as vanta-

vez mais alarmadas com os custos dos serviços de assistência médica, exacerbando a preocupação com o controle dos prestadores,³⁸ levando a reavaliações do elenco de benefícios oferecidos, co-participação dos empregados (onde não havia) e aumento da participação (quando já existia), além do maior controle dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e da eliminação e/ou redução de serviços. Aprimoraram-se os mecanismos de regulação, tanto públicos quanto privados.

De maneira geral, a porcentagem paga pelo empregado aumentou em todas as empresas de 1988 para 1996, mas o aumento foi maior nas micro e pequenas empresas, sobretudo para a cobertura familiar (ver tabela 16).

gens do *status* de isenção de impostos para o serviços não lucrativos, vinculando essa vantagem ao cumprimento de objetivos nos programas governamentais realizados por meio dos planos, com um mínimo definido de *performance*. No mesmo período, em 1986, as seguradoras *Blues* perderam os direitos de isenção de impostos. Todos esses desenvolvimentos, paradoxalmente, acabaram por fortalecer o setor privado lucrativo, tanto pela maior capacidade de resistência financeira quanto pela reorganização que proporcionou para fazer frente ao aumento de regulação [Imershein, Rond e Mathis (1992, p. 974-979)].

³⁸ Frente à falta de mecanismos institucionalizados de regulação pública que possibilitasse maior controle do Estado sobre o crescimento dos gastos sanitários, nos EUA, a partir de meados da década de 70, as empresas empregadoras privadas, que pagam a maior parte dos preços dos prêmios de seguros de saúde, engajaram-se de forma radical na luta pela contenção dos custos da assistência médica. Parte da estratégia desenvolvida foi delegar a agências privadas especializadas o controle e a regulação da prática profissional, além de que se criaram associações voluntárias de empresas, as chamadas *coalizões empresariais autônomas para a saúde* (*autonomous business coalitions for health action*), por intermédio do Washington Business Group of Health, que proporcionavam assessoria aos seus membros sobre as melhores formas de controlar a prática profissional e negociar melhores preços com os prestadores (profissionais e hospitais) para os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Ou seja, o principal objetivo dessas associações era deslocar a dominância dos prestadores na arena política setorial e impulsionar a regulação privada da assistência médica, de forma muito mais drástica que qualquer burocracia pública [Imershein, Rond e Mathis (1992, p. 973), *apud* Almeida (1995)].

TABELA 16
Porcentagem do Prêmio Pago pelo Empregado, por
Plano e Tamanho da Empresa — EUA, 1988-1996.

Tipo de Plano e Tamanho da Empresa	1988		1996	
	Cobertura Simples	Cobertura Familiar	Cobertura Simples	Cobertura Familiar
Todos os planos				
Empresa com menos de 10 empregados	18%	28%	35%	38%
Total de pequenas empresas	12	34	33	44
Total de grandes empresas	13	29	22	30
Planos tradicionais				
Total de pequenas empresas	13	36	23	31
Total de grandes empresas	13	29	17	28
Planos HMO				
Total pequenas empresas	21	27	36	48
Total grandes empresas	12	31	27	35
Planos PPO				
Total de pequenas empresas	1	22	37	50
Total de grandes empresas	13	35	20	28
Planos POS				
Total de pequenas empresas	-	-	35	52
Total de grandes empresas	-	-	23	27

Fonte: Extraído de Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 109). Dados de HIAA (1988); KPMG PEAT Marwick, 1993 e 1996.

Obs.: HMO — Health Maintenance Organizations; PPO — Preferred Providers Organizations; POS — Point of Service Plans.

Segundo Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 108), nos casos em que anteriormente não havia contribuição do trabalhador, a proporção de empregados em pequenas empresas que passaram a ter que contribuir para a cobertura simples aumentou de 29%, em 1988, para 64%, em 1996; nos casos em que a contribuição já era partilhada com o empregador, a parte do empregado aumentou de 41% para 51%. No que toca à cobertura familiar, a proporção de empregados que contribuem aumentou de 64% para 80%, mas a parte de contribuição do empregador permaneceu praticamente inalterada (de 53% para 55%). A parte de contribuição do empregador tende a ser maior na atenção gerenciada.

O aumento na porcentagem dos prêmios levou a importante aumento dos custos do seguro para os empregados (*out-of-pocket*), a despeito do pequeno aumento nos preços dos prêmios. Isso é particularmente verdadeiro nas pequenas empresas em que a média mensal da contribuição dos empregados para cobertura simples passou, no período de 1988 a 1996, de US\$ 12 para US\$ 56 (crescimento de 21% por ano), e a média mensal para a cobertura familiar aumentou de US\$ 34 para US\$ 175 (23% por ano). Em compensação, o total dos prêmios aumentou 8% ao ano. Nas grandes empresas esses aumentos foram menores, respectivamente de US\$ 13 para US\$ 37 e de US\$ 29 para US\$ 127 [Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 108)].

Essas transformações também repercutiram nas avaliações de riscos e na administração de benefícios que passaram a ser realizadas com base atuarial, centradas na experiência de demanda de assistência médica de cada grupo específico. A passagem para a autogestão de planos de assistência médica nas grandes empresas foi uma consequência desse processo, principalmente porque ficou evidente que a *experiência* de assistência médica agregada de cada

grupo específico (no caso, empregados de uma grande empresa) variava muito pouco de ano a ano, exceto em relação à inflação dos preços da assistência. Dada essa *previsibilidade* tornou-se factível e mais barato para a empresa assumir o risco para seus empregados por meio da orçamentação da demanda, além de controlar os fundos destinados ao pagamento da assistência médica. Paralelamente, muitos planos de autogestão têm gerenciado os riscos por meio de resseguro ou pagamentos por captação. Com o crescimento dessa modalidade (autogestão), os empregadores passaram a contratar seguradoras comerciais apenas para administrarem os planos. Os pontos de contato com a dinâmica de desenvolvimento da autogestão no Brasil são evidentes, mas as diferenças também são marcantes.

Muitos fatores regulatórios encorajaram o crescimento da autogestão. Em praticamente todos os estados, as seguradoras devem pagar imposto sobre um percentual de seus prêmios, um custo que obviamente é repassado ao consumidor. As empresas com planos de autogestão não estão sujeitas a esse imposto, o que significa poder oferecer planos mais baratos para seus empregados. Paralelamente, tradicionalmente, os governos estaduais têm autoridade para regular o seguro privado, o que resultou em várias e diferentes legislações específicas. Em 1974 a lei *Employment Retirement Income Security Act* (ERISA) proibiu os estados de aplicarem essa legislação aos planos de autogestão, o que significa que essa modalidade ficou submetida apenas à regulamentação federal.

Os regimes regulatórios federal e estadual são diferentes, e a responsabilidade de regulação é compartilhada. Muitos governos estaduais estabelecem impostos sobre prêmios para formar fundos estatais para pagamento de reclamações em caso de falência ou insolvência da seguradora; para cobrir a população não segurada (ou que é de difícil aceitação pelo seguro privado); e para benefícios e serviços compulsórios. Entretanto, apesar de passadas mais de duas décadas, a ERISA ainda levanta controvérsias.

Mais recentemente, a aprovação da *Health Insurance Portability and Accountability Act* (1996) proporcionou a portabilidade do seguro-saúde para pessoas que perdem ou mudam de emprego: seguradoras e empregadores com planos de autogestão devem creditar a cobertura anterior em relação às condições prévias quando o empregado muda de plano, ou seja, um empregado que mantém continuidade de cobertura apenas terá período de carência quando se filia pela primeira vez a um plano de saúde. A mesma legislação também permite que as seguradoras ofereçam *contas médicas individualizadas* (*medical saving accounts*) para pequenas empresas e autônomos, por meio das quais os participantes têm cobertura para gastos catastróficos em planos altamente subsidiados [HIAA (1996, p. 5)].³⁹

³⁹ As contas médicas individualizadas têm sido adotadas em alguns países como modelo de reforma setorial, tais como Cingapura, Coréia, Malásia e China, sendo que mais recentemente também vêm-se expandindo nos EUA. Segundo alguns autores, sob determinadas condições, podem contribuir para melhorar a eficiência e equidade nos sistemas especialmente centrados no mercado privado [Nichols, Prescott e Phua (1997, p. 233-245)]. Constituem uma mistura de fundo de capitalização individual e seguro-saúde, destinada a criar um montante de recursos que poderia ser utilizado como lastro para uma retirada programada destinada a um fundo de manutenção da saúde do indivíduo, a partir do cálculo atuarial de esperança de vida e de sobrevivência [Médici (1997, p. 23)]. As

Nos EUA as regulações estaduais têm aumentado, com o objetivo de tentar reconciliar as práticas das seguradoras com as demandas de maior justiça social, sobretudo impostas pelas mudanças no mercado de trabalho. Em geral, estão relacionadas à garantia de asseguamento, de renovação de contratos com seguradoras, restrição aos fatores usados para determinar preços de prêmios, padronização de benefícios compulsórios e divulgação ampla de informações [Schieber e Maeda (1997, p. 2 809); Chollet e Lewis (1997, p. 90-1)] (ver quadro 5, no Anexo)].

A sintonia da regulamentação brasileira com esses desenvolvimentos internacionais é evidente.

As avaliações sugerem que essas regulações nos EUA nem desestabilizam o mercado nem causam significantes aumentos no preço médio dos seguros. Entretanto, pesquisas atuariais indicam que, de fato, aumentam os preços de cobertura para os grupos de baixo risco. Em alguns estados, pequenas seguradoras deixaram o mercado, sendo que, naqueles locais dominados por uma ou duas grandes companhias, é possível suportar a regulação e absorver muitos dos riscos do mercado, como é o caso dos planos *Blue Cross* e *Blue Shield*. Como tendência, as pequenas seguradoras se *especializam* e preservam menores fatias, o que significa que a estabilidade do mercado e a possibilidade de que a regulação seja efetiva está ancorada em alguma forma de concentração em grandes companhias. Ou seja, nos mercados emergentes ou pouco sólidos, os efeitos dessa regulação são mais devastadores, com enormes aumentos de preços para os participantes e pouca possibilidade de distribuição de riscos [American Academy of Actuaries (1993), *apud* Chollet e Lewis (1997, p. 90)].

Na realidade, as principais mudanças que de fato têm alterado a dinâmica e o comportamento do mercado de seguros privados estão no campo gerencial, conhecidas pelo nome de atenção gerenciada (*managed care*) e competição administrada (*managed competition*). São novos paradigmas, formulados nos EUA, que, de fato, têm permitido maior contenção de custos, mas têm também enorme adaptabilidade a distintas realidades e vêm sendo dinamicamente *exportados* mundo afora. Além disso, centram-se cada vez mais nas restrições à utilização, sobretudo de serviços de alto custo, e na definição de prioridades, definidas em geral, segundo a disponibilidade de caixa e não segundo as necessidades de assistência da população a ser atendida. Entretanto, o que é mais importante é que a agenda reformadora proposta pelo *managed care* vincula-se bastante bem, pelo menos em tese, a uma série de outras agendas, tais como a ênfase na medicina preventiva, na provisão integrada de serviços ou na descentralização. Daí o enorme apelo que tem exercido mundialmente. É relevante, portanto, determo-nos um pouco nessas inovações.

contribuições para essas contas são dedutíveis do imposto de renda, e os lucros não são taxados. Os balanços são transportados de ano a ano, e as retiradas para pagamento de gastos médicos altamente qualificados não são taxadas, mas aquelas destinadas a qualquer outro objetivo não apenas são taxadas como acrescentadas de 15% de multa. As deduções podem atingir de US\$ 1,500 a 2,250 por pessoa ou de US\$ 3,000 a 4,500 por família [HIAA (1996, p. 5)]. No caso do Brasil, o Estado teria que assumir um alto valor de subsídio para formação das contas daqueles que não teriam como contribuir, pois que a base está na capacidade de poupança individual. Sobre as reformas em Cingapura, ver Nichols, Prescott e Phua (1997) e Ugá (1997).

8.1 Atenção Gerenciada (*Managed Care*)

A atenção gerenciada⁴⁰ consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos por meio da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais. É uma forma de gerenciamento da atenção médica voltada fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda, e pretende articular prestação e financiamento e ao mesmo tempo conter custos por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente.⁴¹ Privilegia o atendimento básico, a *porta de entrada* no sistema, por meio da obrigatoriedade de passagem pelo médico generalista, e controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa, basicamente centrados em custos. Pelo lado do profissionalismo, denuncia-se, ainda, a quebra de sigilo médico, pelo acesso às fichas dos doentes pelos *managers*, o que acaba por possibilitar exclusões *de fato*, mesmo as proibidas por lei, uma vez que sendo conhecida a patologia (como, por exemplo, a AIDS) o controle da assistência fornecida àquele segurado será maior.

Existem diversos programas de atenção gerenciada, mas entre os modelos predominantes estão as *Health Maintenance Organizations* (HMO), as *Preferred Providers Organizations* (PPO) e os chamados *Point-of-Service Plan*, que é uma versão mais recente. As diferenças entre eles dizem respeito principalmente à possibilidade de livre-escolha e às formas de pagamento de prestadores. As HMO constituem a versão mais acabada e vêm gradualmente assumindo parte cada vez maior do mercado nos EUA, com três tipos básicos de organização: *staff model* (quadro contratado próprio, assalariado), modelo de grupo (convênio com grupos e/ou empresas) e a *Independent Practice Association* (IPA) (credenciamentos de profissionais).

⁴⁰ A atenção gerenciada tem longo percurso histórico nos EUA. Originada no período entre guerras, por meio de iniciativas empresariais, das quais a experiência da Kaiser é a mais expressiva, foi reatualizada nos anos 70, quando o governo Nixon institucionalizou o *managed care* como política governamental, por intermédio do *Health Maintenance Organizations Act* (1973). Essa lei foi aprovada como uma alternativa política que a um só tempo preservaria a assistência médica empresarial e possibilitaria a diminuição da taxa de crescimento do gasto sanitário. Entretanto, o *managed care* desenvolveu-se de forma espectacular apenas nos anos 80, quando o seguro-saúde de pré-pagamento e o próprio governo, pressionados pelos altos custos da assistência médica e pela persistência da inflação setorial, sempre acima da inflação geral, escolheram os planos de *managed care* como a alternativa que produziria maior possibilidade de controle/contenção de custos [Almeida (1996, p. 80-1)].

⁴¹ A atenção gerenciada integra os seguintes aspectos: 1) contratos com profissionais e serviços selecionados, para a prestação integral da atenção médica a membros de planos de seguro, usualmente mediante o pagamento de um montante fixo anual ou mensal; 2) formas de controle da utilização e da qualidade da atenção pré-fixadas e aceitas pelos prestadores; 3) incentivos financeiros para os pacientes, com a finalidade de induzir a utilização dos prestadores associados aos planos e/ou preferenciais; 4) premissa de co-responsabilização dos médicos nos riscos financeiros da atenção, alterando fundamentalmente o seu papel como agente da demanda, compatibilizando as necessidades do paciente com as de controle de custos, uma vez que os pagamentos são globais, e não por unidade de serviço; 5) aceitação pelos médicos de serviços de menores preços e maiores controles sobre sua autonomia técnica e financeira, em troca de um fluxo permanente e garantido de pacientes.

O crescimento dessa nova modalidade gerencial nos seguros privados estadunidenses tem sido expressivo. Em 1978 a *indústria* do *managed care* era constituída por 195 unidades de HMO (das quais 12 eram filiais de organizações nacionais, e 183 eram locais), que atendiam a 7,3 milhões de filiados; em 1995, 577 unidades (das quais 385 filiais, e 192 locais) atendiam a 53,8 milhões de pessoas. Em outras palavras, em 1995, existiam 35 HMO nacionais que atendiam a cerca de 80% dos trabalhadores industriais (42,7 milhões), e as HMO locais haviam diminuído seu número em 35,6% em relação a 1985 [Enthoven (1997, p. 202)] (ver tabela 17), o que evidencia um dos resultados inesperados desse processo: a acentuada concentração do mercado. Paralelamente, em 1985, as HMO predominantes eram organizações não lucrativas, que atendiam a 64,8% do mercado, e, dez anos depois, as lucrativas abarcavam 58,5% em termos de clientela, com crescimento de 23,3% na década [Enthoven (1997, p. 202)] (ver tabela 18) e totalizando mais de dois terços das HMO do país [Bodenheimer e Grumbach (1995, p. 233)].

TABELA 17
Crescimento das HMO: Empresas Locais e Nacionais EUA — 1978/1995

	1978	1985	1995
Número de HMO			
HMO Locais	183	298	192
Filiais de HMO nacionais	12	187	385
Total	195	485	577
Número de membros (milhões)			
HMO Locais	3,7	10,1	11,0
Filiais de HMO nacionais	3,6	10,9	42,7
Total	7,3	21,0	53,8

Fonte: Enthoven (1997, p.202).

TABELA 18
Composição da Indústria de HMO:
tipos de modelos e *status* EUA — 1978/1995

	1978	1985	1995
Tipo de modelo			
<i>Staff</i>	-	3,0	0,8
<i>Individual practice association</i>	0,6	6,4	22,1
Rede	-	5,0	3,3
Grupo	6,7	6,6	9,1
Misto	-	-	18,1
Total	7,3	21,0	53,4
<i>Status</i>			
Não lucrativas	-	13,6	22,1
Lucrativas	-	7,4	31,2
Total	-	21,0	53,3

Fonte: Enthoven (1997, p. 202).

Em relação ao modelo predominante para a prestação de serviços, o crescimento maior tem-se verificado no credenciamento de profissionais (*Individual Practice Association*), seguido dos modelos mistos, ao mesmo tempo em que se observa, ainda, grande diminuição do modelo centrado no assalariamento (*staff model*) (ver tabela 18).

No início de 1996, a maioria das HMO utilizava ampla variedade de medidas de contenção de custos: assistência domiciliar (97,1%); prevenção (90,2%); negociações com prestadores preferenciais (83,6%). Além disso, os programas de educação em autocuidado médico aumentaram significativamente (de 46,9%, em 1991, para 72,4%, em 1992). Outras medidas já haviam sido incorporadas desde seus primórdios, tais como: gerenciamento dos riscos das clientelas, monitoramento do uso de tecnologia médica, revisão retrospectiva de internações, auditorias e revisões de utilização na atenção ambulatorial e hospitalar [HIAA (1996, p. 34)].

A atenção gerenciada abarca hoje mais de 70% do mercado de seguros vinculado às médias e grandes empresas (respectivamente, 71% e 75%). Quanto aos pequenos empregadores, embora tenham aderido mais recentemente, houve crescimento extremamente rápido entre 1988 e 1994, passando de 12% para 62% do mercado. Os planos convencionais, que tinham 88% de inscritos em 1988, declinaram para 39% em 1996 [Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 104-5) (ver tabela 19)].

TABELA 19
Porcentagens de Mercado dos Planos de Saúde
Privados Segundo Tamanho da Empresa — EUA, 1988/1996

Tamanho da Empresa e Tipo de Plano	Porcentagens do mercado		
	1988	1993	1996
Empresas com menos de 10 empregados:			
Plano convencional (reembolso)	88	60	39
Planos de HMO	6	6	25
Planos PPO	6	32	30
Planos POS	-	2	7
Total de pequenas empresas:			
Plano convencional (reembolso)	88	50	29
Planos de HMO	4	17	28
Planos PPO	6	28	37
Planos POS	-	5	6
Total de grandes empresas:			
Plano convencional (reembolso)	69	42	26
Planos de HMO	18	26	33
Planos PPO	11	22	26
Planos POS	-	10	16

Fonte: Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 05). Dados de *Health Insurance Association of America*, 1988; KPMG Peat Marwick, 1993 e 1996.

Obs.: Algumas colunas podem não somar exatamente 100 pelos arredondamentos.

No que diz respeito à autogestão, não houve grandes mudanças no período 1993 e 1996 nas porcentagens de empresas de médio e grande portes que utilizam essa modalidade, respectivamente 35% das primeiras, e 66% das segundas. Entretanto, assinala-se que a tendência em crescimento, independentemente do tamanho da empresa, é a de associar a autogestão com a atenção gerenciada [Gabel, Ginsburg e Hunt (1997, p. 109)]. O rápido crescimento da contribuição dos empregados é contraposto à diminuição da velocidade de aumento dos custos da assistência médica sob essa nova modalidade gerencial, trazendo preocupações sobre o padrão de vinculação dos empregados nos esquemas de seguros privados das empresas, que, se por um lado, ajudou a diminuir as duplicidades de coberturas (por exemplo, nos casos em que as esposas também estão empregadas), por outro, tem evidenciado que muitos já não podem pagar pela cobertura familiar, colocando a questão de redução do acesso à assistência médica e aumento dos sem-cobertura [Ginsburg e Pickreign (1996, p. 140-9)].

Dos trabalhadores segurados por planos de autogestão, 40% podem optar por outros esquemas de seguro, sendo as HMO a opção mais comum. Os benefícios têm pouca variação entre os planos, assim como os preços dos prêmios [Acs, Long, Marquis e Short (1996)], entretanto, no que concerne ao valor médio dedutível anualmente e aos pagamentos diretos, são menores, enquanto a média percentual dos gastos cobertos é maior (ver tabelas 20 e 21).

TABELA 20
Benefícios na Autogestão, nos Planos Tradicionais
e na Atenção Gerenciada — EUA, 1993

	Autogestão	Seguro Tradicional (Reembolso)	Atenção Gerenciada
Média anual dedutível	\$205	\$253	\$38
Porcentagem máxima pagamento direto	89,9%	85,2%	30,6%

Quantidade máxima de pagamento direto	\$1,808	\$1,873	\$1,502
Média percentual dos gastos cobertos	81,6%	81,2%	93,1%

Fonte: Elaboração própria com dados retirados de Acs, Long, Marquis e Short (1996, p. 274).

TABELA 21
Prêmios na Autogestão, Seguro Tradicional
e Atenção Gerenciada — EUA, 1993

	Autogestão	Seguro Tradicional (Reembolso)	Atenção Gerenciada
Valor médio mensal dos prêmios			
Cobertura simples	\$156	\$151	\$136
Cobertura familiar	\$407	\$412	\$377
Média de contribuição dos empregados			
Cobertura simples	15%	17%	18%
Cobertura familiar	25%	34%	30%

Fonte: Elaboração própria com dados retirados de Acs, Long, Marquis e Short (1996, p. 274).

Em 1995 um terço de todas as HMO comerciais (168 planos) tinham contratos com a Health Care Financing Administration (HFCA) para os beneficiários do *Medicare*, e 71% desses planos estavam concentrados em seis estados [HIAA (1996, p. 35)]. Paralelamente, o engajamento do Medicaid nos planos de atenção gerenciada teve um crescimento enorme (23,5% a.a.) e, em meados de 1995, mais de um quarto de todos os planos comerciais das HMO oferecia um produto específico para esse programa governamental [HIAA (1996, p. 35)]. Em 1996, cerca de 23% de todos os beneficiários do Medicaid recebiam assistência médica sob essa modalidade em 35 estados [Felt-Lisk e Yang (1997, p. 125)], e essa porcentagem era de 12% no *Medicare* [HIAA (1996, p. 28)].

Concretamente, o desenvolvimento do *managed care* nos EUA tem surtido algum efeito. O gasto sanitário continua a subir continuamente, ainda que a velocidade desse crescimento tenha diminuído nos últimos anos, permanecendo o país que ostenta o sistema mais caro do mundo e com menor cobertura em relação aos seus *pares* com igual nível de desenvolvimento.

Além disso, a atenção gerenciada tornou-se extremamente controversa nos últimos anos, tanto pelo lado dos profissionais (sobretudo médicos) quanto consumidores, a despeito (ou por causa) do seu grande crescimento, e inúmeras reclamações e preocupações têm ganhado espaço na *mídia*. De maneira geral, as denúncias estão relacionadas aos incentivos embutidos no pagamento *per capita*, que induziriam ao controle da utilização e diminuição do acesso pelos consumidores (sobretudo à atenção especializada e hospitalar), com a falta de livre escolha pelo consumidor, e baixa qualidade da atenção. Essa situação levou à assinatura, recentemente, de um acordo entre as três maiores HMO e duas organizações de defesa do consumidor (*New Agreement on Managed Care Consumer Protections*), na perspectiva de formular

padrões de atendimento para beneficiários do *managed care* a serem posteriormente transformados em lei.⁴²

8.2 Competição Administrada (*Managed Competition*)

A idéia da competição administrada (*managed competition*) surge das discussões sobre a contenção de custos da assistência médica e propostas de modificações do sistema de saúde estadunidense, por meio da utilização do instrumental disponível nos próprios esquemas de pagamento de terceiros para promover competição entre compradores e vendedores de serviços, gerenciar preços e administrar custos, e ao mesmo tempo ampliar cobertura para diferentes clientelas, alcançando-se maior eficiência e equidade [Enthoven (1978a e 1978b); Enthoven e Kronick (1989)].

O mercado, nessa perspectiva, não seria bilateral (oferta e demanda), mas *trilateral*, composto de consumidores (não necessariamente os usuários dos serviços), planos de saúde e *sponsors* (responsáveis).⁴³ O modelo consiste em habilitar esses *responsáveis* na utilização da competição para superar os problemas causados pelas estratégias de lucro dos seguros privados. A crença é que um sistema privado pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguir eficiência alocativa e consumidores a fazer escolhas conscientes quanto ao custo, e ao mesmo tempo serem atendidos plenamente em suas necessidades [Almeida (1996, 1997)].

Em termos operacionais, a competição administrada é uma *função de organização do mercado* (*market making function*) que deve ser desempenhada por grandes grupos de com-

⁴² Esse acordo inclui 18 áreas de preocupação do consumidor: acessibilidade aos serviços; livre escolha dos planos; confidencialidade nas informações dos planos; integralidade da assistência; abertura de informações para o consumidor; cobertura de emergências; assistência experimental (por exemplo, AIDS); desenvolvimento de formulários para medicamentos; proibição de discriminações; programas de ouvintes públicos para as reclamações dos consumidores; cobertura fora da área geográfica do consumidor; medidas de *performance* e relatórios de dados; comunicação dos prestadores com os pacientes; credenciamento de prestadores; incentivos para o reembolso de prestadores, avaliação de qualidade e gerenciamento da utilização (*Families USA Foundation — The Voice of Health Consumers*, <http://www.familiesusa.org/hmoagre.htm>).

⁴³ Os *sponsors* são os *terceiros pagadores*, definidos como ativos agentes coletivos do lado da demanda, que contratam planos competitivos e continuamente estruturam e ajustam o mercado privado para superar suas tendências naturais para a inequidade e a ineficiência. Poderiam ser (nos EUA) os empregadores (por exemplo, HMO), as organizações administrativas dos serviços de saúde, as agências governamentais e/ou os governos estaduais. Suas funções seriam: 1) estruturar a cobertura; 2) contratar os planos de saúde com os beneficiários segundo regras de participação; 3) gerenciar o envolvimento dos diversos atores no processo; 4) arrecadar os prêmios ou contribuições; e 5) administrar os subsídios cruzados entre beneficiários e os incentivos disponíveis para todo o grupo. Argumenta-se que esse arranjo organizacional possibilitaria: agregar a demanda; superar os problemas de assimetria de informação; organizar a oferta (concentrando o mercado em situações monopsonicas); e desenvolver a consciência de custos nos usuários e nos prestadores [Almeida (1996, p. 82-3)].

pradores de seguros privados [Enthoven (1997, p. 205)].⁴⁴ Em síntese, as organizações de atenção gerenciada (*managed care*) seriam os atores desse novo mercado, e a competição administrada refere-se às regras do jogo que organizam e determinam o seu funcionamento [Enthoven (1997, p. 198)]. Na realidade, a concepção do modelo de competição administrada tem como premissa contrapor o poder monopólico dos prestadores de assistência médica (vendedores) com a organização de poderosos compradores monopsônicos, que representam grandes grupos de pacientes [Hsiao (1995, p. 135)].

O modelo da competição administrada tem sido objeto de muita polêmica nos EUA e, de fato, até o momento, não encontrou campo fértil para seu pleno desenvolvimento, embora tenha sido a base de formulação da reforma setorial do governo Clinton em 1992 [Wiener (1995)].⁴⁵ Entretanto, as idéias que preconiza tiveram grande aceitação nas reformas européias [Almeida (1995)], daí que é verdadeira a afirmação de [Enthoven (1997, p. 201)] de que, em princípio, a assistência administrada e, por extensão, a competição administrada podem ser aplicadas em sistemas de saúde que não contêm com expressivo setor de seguros privados. Isso é evidente na tradução européia desse modelo, conhecida como *mercado interno*, cuja vanguarda é inglesa, e cujos princípios têm sido amplamente difundidos e traduzidos em inúmeras inovações gerenciais nas reformas de diversos sistemas de saúde majoritariamente públicos.

A razão dessa difusão tem pelo menos duas explicações inter-relacionadas: a primeira é que a proposta da competição administrada é não apenas amplamente compatível com fortes políticas regulatórias, mas requer, para seu funcionamento, grande capacidade regulatória do Estado, o que é a tônica nos sistemas de saúde europeus [Almeida (1995, p. 169)]; e a segunda é que o termo mercado interno traz implícito que o mercado deve operar numa conjuntura de contenção de custos, isto é, a alocação de recursos nesse mercado tem um limite bem estabelecido, não sendo permitido que a dinâmica do mercado leve a um fluxo maior de recursos no seu interior (como normalmente se observaria num mercado tradicional) [White (1995, p. 137)]. Portanto, a diferença está no ponto de partida do debate, ou seja, enquanto nos países europeus, e mesmo no Canadá, o problema é como conter custos garantindo determinados padrões de acesso e qualidade, nos EUA a questão é como controlar custos e ampliar cobertura, mas também

⁴⁴ Para o autor, esses grandes compradores seriam: empregadores, coalisões de grandes empresas (tais como *California-based Pacific Business Group on Health*), coalisões de pequenos e médios empregadores (tais como *Health Insurance Plan of California*, uma cooperativa criada pelo estado para empregadores com entre 3 e 55 empregados), o governo federal para os beneficiários do *Medicare*, assim como para seus próprios funcionários, e os governos estaduais e responsáveis pelo *Medicaid*, assim como seus funcionários.

⁴⁵ O exemplo mais citado de competição administrada nos EUA com bons resultados em termos de contenção de custos é o *California Public Employees Retirement System—CALPERS*. Na reforma de Clinton propunha-se organizar grandes grupos de pessoas em cooperativas de compradores por área geográfica, chamadas de *Health Alliances*, que seriam os grandes compradores referidos por Enthoven.

como implementar um sistema em que seja plausível discutir custos. Nesse ponto, é pertinente assinalar a proximidade com a problemática brasileira.

De qualquer forma, a ênfase restritiva calcada na contenção de custos, na diminuição da livre escolha e na abolição dos pagamentos por unidade de serviços e reembolsos pode trazer muita insatisfação da clientela, além de ser politicamente inviável de ser implementada em muitos países, que, ademais, têm outros mecanismos talvez mais efetivos de controle e contenção de custos e gastos. Um dos exemplos é o Canadá, que, embora seja considerado também um dos países que têm o sistema de saúde mais caro, tem tido muito mais sucesso que os EUA no controle do gasto, com universalização em termos de cobertura.

Na realidade o termo competição administrada tem diferentes significados em distintos países e para diversos atores, mas na essência o modelo busca mudar as bases da competição entre compradores e prestadores de serviços de saúde. As experiências em curso têm demonstrado o aumento dos custos administrativos e de transação, além da necessidade de desenvolvimentos tecnológicos (contratos, indicadores de *performance*) que requerem investimentos consideráveis.

Os autores são cautelosos quanto à viabilidade de sua implementação, admitindo as dificuldades inerentes ao modelo e o investimento requerido para obtenção de resultados satisfatórios, além do potencial extremo de conflitos que sua implementação acarreta, pelos poderosos interesses envolvidos no processo [Hsiao (1995); Enthoven (1997)].

Mesmo assim, a Colômbia foi pioneira na formulação de um modelo de reforma setorial centrado inteiramente na competição administrada, chamado *pluralismo estruturado*, cuja implementação está em curso desde 1993 [Londoño (1996)]. Esse modelo tem sido preconizado pelas agências internacionais como alternativa de reforma para os demais países da região, recuperando a idéia de seguro nacional de saúde e articulando-a na perspectiva da competição administrada [Londoño e Frenk (1995)].⁴⁶

O elemento central seria o caráter público do financiamento, que, para os pobres, tomaria a forma de subsídios e, para os demais, de contribuição compulsória, e a especialização dos atores no sistema, por meio de uma nova configuração institucional, criando-se organizações privadas específicas para tal (os *sponsors* de Enthoven). De fato, o financiamento público é o que diferencia esse modelo daqueles centrados na recuperação de custos ou na competição administrada dos EUA.

A teorização feita por Londoño e Frenk apóia-se também nas *várias experiências inovadoras em curso na América Latina*, que, em maior ou menor medida, incluem elementos do modelo por eles proposto, tais como, as *empresas promotoras de salud* (EPS), da Colômbia (a

⁴⁶ A proposta preliminar do pluralismo estruturado foi apresentada por Juan-Luis Londoño na reunião *Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribbean on Health Sector Reform*, realizada em Washington D.C., 29-30 de setembro de 1995, organizada pelas seguintes instituições: OPAS, Banco Mundial, BID, CEPAL, OEA, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities e AID.

tradução mais fiel do modelo);⁴⁷ as *instituciones de atención médica colectiva* (IAMC), do Uruguai; as *obras sociales*, da Argentina; os sistemas de pré-pagamento, no Brasil; as *iguallas*, na República Dominicana; as *instituciones de salud previsional* (ISAPRES), do Chile; e as *organizaciones para la protección de la salud* (PROSALUD), propostas no México. Estimam, inclusive, que a assistência prestada por essas organizações na região cobre hoje cerca de 60 milhões de pessoas [Londoño e Frenk (1995, p. 26)].

Entretanto, longe de significar um *vigoroso processo de inovação*, como afirmam os autores, essa *tendência* reflete, sobretudo, uma vigorosa difusão de idéias e o poder de *enforcement* dos organismos internacionais na região e, ainda que possa arejar o debate e trazer questões importantes para a reflexão, carecem de sustentação empírica para os resultados que preconizam.

9 PARA CONCLUIR

O sistema de assistência médica suplementar no Brasil passa por um momento de transformação que pode significar um ponto de inflexão importante em relação aos desenvolvimentos históricos anteriores.

Embora os dados não confirmem as expectativas de grande crescimento, existe um espaço de ampliação de clientela vinculadas a novas práticas gerenciais, que provavelmente serão estimuladas sobretudo com a entrada das empresas internacionais. Entretanto, essa extensão poder-se-á acompanhar de aumento de participações dos segurados, assim como de generalização de um atendimento básico, que não apenas não aliviará a participação do sistema público de saúde, como exigirá maiores incentivos e subsídios por parte do Estado, tanto aos segurados quanto às operadoras e seguradoras. Paralelamente, a regulação necessária também consumirá recursos, o que significará aumento de gastos, que, aliás, é atestado pelas experiências internacionais: mesmo a atenção gerenciada ou a competição administrada não diminui o peso do financiamento público setorial.

O aumento dos custos administrativos é uma das conseqüências das *falhas* do mercado de seguros privados de saúde, sobretudo num mercado desregulado e competitivo, mesmo com novos modelos gerenciais, que podem atenuar, mas não eliminam esses problemas. Sendo assim, sem uma regulação efetiva, tais arranjos não surtirão os efeitos apregoados, trazendo como resultado o aumento da ineficiência e da iniquidade.

Portanto, as questões referentes aos seguros privados que permanecem no debate setorial são as mesmas e correm o mundo há décadas: pode esse mercado operar livremente? E, se

⁴⁷ Juan-Luis Londoño é economista e foi ministro da Saúde da Colômbia. Durante sua gestão foi formulada a reforma sanitária colombiana (1991/1993), por um grupo insulado no aparelho de Estado, elaborada exatamente nos moldes do modelo do pluralismo estruturado. Algumas informações sobre essa reforma serão apresentadas mais adiante. Para maiores detalhes, ver Londoño (1996).

pode, em que esferas? Quais são as áreas imprescindíveis de regulação? Deve essa regulação ser nacional, estadual ou compartilhada? E quais os limites dessa regulação para a obtenção de determinados resultados?

A tendência no setor de seguros privados é de expansão internacional dos planos de *managed care*, não apenas como uma prática gerencial potencialmente mais efetiva para a contenção de custos e, alega-se, capaz de proporcionar atenção de melhor qualidade, mas, principalmente, como investimento financeiro. Algumas evidências reforçam essa percepção: em setembro de 1996 as principais empresas dos EUA de atenção gerenciada realizaram uma reunião no México (DF) com essa finalidade, isto é, analisar as perspectivas de negócios em nível internacional. A reunião foi organizada pela American Association of Health Plans e a Academy for International Health Studies. Ainda que o objetivo da reunião fosse *aprender com a experiência de outros países*, a maioria dos participantes estava interessada em *vender* seus planos e buscava *oportunidades de mercado* em Israel, Coreia, Venezuela, Canadá, México, Rússia, França, Cingapura, Brasil, Nova Zelândia, Porto Rico, Austrália, África do Sul e Argentina [Smith (1996, p. 764)].

Essa expectativa é coerente com a tendência que se observa nos EUA há mais de uma década: organizações lucrativas são proprietárias da maioria das redes de prestação de assistência médica que dominam o mercado em muitas partes do país. Antes dos anos 80, existiam, nos EUA, subsídios governamentais para as HMO não lucrativas e leis restritivas à corporatização da medicina; mas, a partir da década de 80, muitas dessas leis foram abolidas e os subsídios, retirados, o que resultou na conversão de *status* de muitas organizações existentes e no crescimento das novas como lucrativas, com maior acesso ao capital financeiro. Nos anos 90, praticamente 100% das novas HMO nos EUA são lucrativas [Bodenheimer e Grumbach (1995, p. 233)].

Aponta-se como tendência o desenvolvimento de grandes redes integradas de prestação de assistência médica de propriedade das companhias seguradoras ou das HMO. Isso pode significar a consolidação de potentes grupos (poucos) de compradores de serviços nessa área com poder de *enforcement* para impor contenção de custos, uma vez que a relação segurador/prestador muda consideravelmente e, em muitos casos, a mesma organização combina as duas funções. Ao invés de um pacto prestador-segurador, dominado pelos prestadores, a indústria da assistência médica nos EUA estaria caminhando na direção de uma mescla segurador-prestador dominada pelas seguradoras, isto é, pelo capital financeiro [Bodenheimer e Grumbach (*op. cit.*)]. Embora não tenhamos dados comprobatórios, existem referências à mesma tendência de expansão internacional do capital financeiro das ISAPRES chilenas para outros países latino-americanos. O problema é que não há garantia, nesse processo, nem evidências empíricas, de melhor qualidade na atenção prestada sob essa modalidade.

A *agitação* recente de organizações da sociedade em torno do tema nos EUA, prevenindo-se contra a atenção gerenciada, é um alerta que deve ser acompanhado com atenção, principalmente porque a exportação do modelo para os países da periferia tem sido enfaticamente defendida pelo Banco Mundial, com a justificativa de que aumentar a oferta privada de seguro-saúde para os grupos sociais de renda média e alta permitiria que os recursos públicos fos-

sem deixados para o atendimento das populações mais pobres, aumentando a eficiência e a qualidade dos serviços. Como afirmou Armeane Choksi, do Banco Mundial [Bodenheimer e Grumbach (*op. cit.*): “*Managed care holds the biggest hope for developing health services in the developing world*” [Smith (1996, p. 313)].

A realidade do setor de seguros privados no Brasil não permite afirmações tão otimistas. Se, por um lado, podemos concordar que, de fato, a atenção gerenciada poderá trazer benefícios no que toca à contenção de custos, conferindo maior viabilidade financeira a algumas formas de seguro privado coletivo, e até mesmo expandindo coberturas, desde que subsidiadas, por outro, é preciso ter cuidado, primeiro, com o impacto negativo sob a qualidade da atenção que essa forma de gerenciamento pode acarretar e, segundo, com a regulamentação que deve proteger o consumidor contra as práticas monopsonicas que a concentração do mercado e o domínio do capital financeiro trazem. Esse risco aumenta sobremaneira com a aprovação da entrada do capital estrangeiro em ambiente francamente desregulado como o brasileiro.

ANEXO

QUADRO 1
Planos Comercializados pelas Modalidades de
Assistência Médica Suplementar

<i>Modalidade de Assistência Médica Suplementar</i>	<i>Tipo de Plano</i>	<i>Prestação da Assistência</i>
Planos Típicos das Empresas de Medicina de Grupo	1. Planos para a massa de trabalhadores	Acesso apenas aos serviços próprios.
	2. Planos para trabalhadores de nível médio	Acesso aos serviços próprios e a uma rede credenciada, que não inclui hospitais de <i>luxo</i> .
	3. Planos para executivos	Acesso a uma rede credenciada que inclui hospitais de <i>luxo</i> e reembolso de despesas segundo tabela pré-fixada
Planos Típicos das Cooperativas Médicas	Os planos diferenciam-se segundo a permissão de acesso a hospitais de <i>luxo</i> , o pagamento de diárias para acompanhantes e a internação em quarto particular.	A cooperativa fornece atendimento por médicos cooperados, laboratórios e hospitais credenciados.
Planos Próprios do Empregador	1. Planos restritos à utilização dos serviços próprios	Acesso a serviços da própria empresa, com <i>staff</i> assalariado. Geralmente encontrados em empresas estatais e privadas localizadas longe de centros urbanos (por exemplo, na construção de barragens).
	2. Planos restritos à utilização dos serviços credenciados	Acesso à rede credenciada/conveniada de serviços e profissionais autônomos. Os prestadores são remunerados por atividades realizadas segundo tabela de preços preestabelecida.
	3. Planos que permitem a livre escolha e o reembolso das despesas médicas	Acesso segundo livre escolha; a empresa estabelece um valor-limite para reembolso, segundo tabela ou teto anual por usuário.
	4. Planos que permitem credenciamento e reembolso	Combina as duas possibilidades.
	5. Plano de administração: serviços credenciados, reembolso e ambos. É uma modalidade pouco expressiva no mercado.	O relacionamento com os prestadores é realizado por uma administradora do plano. Os custos da assistência são variáveis em função da utilização e a administradora é remunerada com percentual — taxa de administração. As empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas administram planos de saúde.
Planos de Seguradoras	1. Planos para a massa de trabalhadores de uma empresa	Acesso a serviços do mesmo grupo (por exemplo, Hospital Sírio Libanês, Hospital São Lucas e centros médico-ambulatoriais da Golden Cross).
	2. Planos básicos	Acesso a serviços credenciados.
	3. Planos executivos	Acesso à rede credenciada e reembolso, no caso de livre escolha, segundo tabela pré-fixada.

Fonte: Elaboração própria.

QUADRO 2
Falhas do Mercado no Financiamento da Assistência Médica

<i>Falhas de Mercado</i>	<i>Conseqüências</i>	<i>Medidas de Correção Utilizadas</i>	<i>Resultados Empíricos</i>
Seleção Adversa	Pouca socialização do risco	Educação, subsídio fiscal	Inefetivo
	Mercado não funciona	Cobertura universal	Efetivo
	Poucos segurados	Inscrição securitária permanente (por toda a vida)	Efetivo
Seleção de Riscos	Determinados grupos não conseguem ser segurados (deficientes, idosos, doentes crônicos) a menos que paguem altos preços	Proibição (ou restrição) de exclusões	Moderadamente efetivo
Monopólio ou Cartel de Seguradoras	Lucro excessivo, baixa qualidade dos produtos, subprodução	Rateamentos comunitários de prêmios de seguros	Moderadamente efetivo
		Prêmios ajustados por riscos para indivíduos	Tecnicamente difícil de implementar
		Leis antimonopólio	Efetivo
Risco Moral (<i>moral hazard</i>) ou o <i>Efeito Seguro</i>	Sobreutilização	Co-participação no financiamento, <i>tickets</i> moderadores	Moderadamente efetivo
		Médico geral (porta de entrada)	Moderadamente efetivo
		Listas de espera	Insatisfação do paciente

Fonte: Retirado de Hsiao (1995, p. 133).

QUADRO 3
Características, Papel e Extensão da Cobertura do Seguro Privado em Saúde, Países Seleccionados da OECD

<i>Países</i>	<i>Papel do Seguro Privado</i>	<i>Características do Seguro Privado</i>	<i>Cobertura População (%)</i>	<i>Principais Fontes Alternativas de Financiamento</i>
Austrália	Suplementar à cobertura pública universal	Cobre apenas internação hospitalar em serviços privados, incluindo honorários médicos, que excedem os valores pagos no setor público para atenção hospitalar.	45%	Programa público universal (tipo <i>Medicare</i>) financiado por impostos gerais.
França	Suplementar à cobertura pública universal	Cobre gastos com hospitais privados e médicos que excedem os valores definidos e pagos pelos programas públicos. Cerca de 25% dos médicos (a maioria especialistas) cobram extras dos pacientes.	-	Programa de seguro público integral. Os honorários dos médicos privados são negociados pelo setor público. Seguro privado suplementar para cobrir os co-pagamentos é bastante comum.
Holanda	Suplementar à cobertura pública universal	Seguro privado compulsório e regulado para atenção em casos agudos para grupos de alta renda. Planos de seguro reembolsam gastos dos pacientes.	30% (1991)	Cobertura universal pública para assistência a doenças crônicas; cobertura pública para doenças agudas é compulsória para cerca de 70% da população.
Espanha	Suplementar à cobertura pública universal.	Voluntário como cobertura suplementar para pagamento de assistência médica em geral para médicos e serviços privados.	-	Sistema Nacional de Saúde composto de hospitais públicos e/ou contratados, médicos assalariados, financiado majoritariamente por recursos fiscais e contribuições sociais.
Suécia	Suplementar à cobertura pública universal	Voluntário como cobertura suplementar para pagamento de assistência médica em geral para médicos e serviços privados.	-	Direito ao sistema de seguro nacional de saúde, público, filiação compulsória. Sistema de serviços de saúde majoritariamente público, com profissionais médicos assalariados (tanto para atenção ambulatorial quanto hospitalar), que funciona como sistema nacional de saúde, efetivamente descentralizado, regionalizado e hierarquizado, submetido a forte regulação do Estado.
Alemanha	Alternativo à cobertura pública universal.	Possibilitado para aqueles acima do teto de renda definido para cobertura compulsória, que podem optar por não se engajar no sistema estatutário. O retorno posterior ao sistema público universal em geral é muito difícil.	9% (1986)	Direito universal ao sistema de seguro-saúde público universal que compreende 1 200 fundos organizados por área geográfica, empresas, ramos da indústria e grupos específicos. A filiação é compulsória para todos aqueles abaixo de determinado teto de renda (US\$ 35.000/ano em 1991) e para aposentados. Cerca de três quartos dos participantes no sistema estatutário são participantes obrigatórios, e apenas um quarto é participante voluntário.
Reino Unido	Suplementar à cobertura pública universal.	Cobre assistência médica de doenças agudas ou cirurgias eletivas, suplementando ou substituindo o Sistema Nacional de Saúde (por exemplo, em caso de longas listas de espera).	10% (1990)	Sistema Nacional de Saúde composto majoritariamente por hospitais públicos (com profissionais assalariados) e assistência básica proporcionada por médicos gerais. Recente reforma introduziu a separação entre financiamento e provisão de serviços, estabelecendo vínculos contratuais entre as DHA e os serviços hospitalares transformados em empresas públicas e alocou recursos orçamentários aos GP (<i>general practitioners</i>) para comprarem serviços para seus pacientes..

(continua)

(continuação)

<i>Países</i>	<i>Papel do Seguro Privado</i>	<i>Características do Seguro Privado</i>	<i>Cobertura População (%)</i>	<i>Principais Fontes Alternativas de Financiamento</i>
Canadá	Suplementar à cobertura pública universal	Cobre gastos para atenção ambulatorial não cirúrgica.		Seguro público universal financiado por recursos federais e estaduais. Os médicos são predominantemente pagos por unidade de serviço (<i>fee-for-service</i>). Co-pagamento pelos pacientes (<i>extra billings</i>) diretamente aos profissionais é proibido por lei.
EUA	Seguro privado é a principal alternativa para os não elegíveis para os programas públicos.	Dados de 1994 evidenciam que cerca de 85% da população está coberta por algum tipo de seguro (público ou privado), sendo que destes aproximadamente 73% são privados. Cerca de 60% dos seguros privados estão relacionados com o empregador, e em torno de 10% da população abaixo de 65 anos têm seguro privado individual ou familiar. Aproximadamente 80% dos filiados aos <i>Medicare</i> suplementam seus benefícios com seguros privados. A sobreposição de coberturas (pública e privada) é bastante freqüente.	71% população abaixo de 65 anos (1995).	Os programas públicos são: <i>Medicare</i> é um programa administrado pelo governo federal para idosos acima de 65 anos, deficientes abaixo de 65 anos que recebem benefícios de aposentadoria (<i>Seguridade Social e Railroad Retirement</i>) e doentes renais crônicos de todas as idades; desde 1973, alguns funcionários federais são elegíveis por meio do pagamento de um prêmio mensal. Uma parte do programa é financiada pela seguridade social (contribuição de empregados, empregadores e participantes), proporcionando cobertura compulsória para atenção hospitalar (parte A); outra parte é voluntária suplementar para outros tipos de assistência médica (parte B), financiada por prêmios mensais pagos pelos participantes subsidiados pelo governo federal. Praticamente toda a população acima de 65 anos é elegível; cobre cerca de 14% da população, mas existe sobreposição de cobertura com o <i>Medicaid</i> . <i>Medicaid</i> é um programa para assistência à população de baixa renda, famílias pobres com crianças e deficientes, financiado com recursos fiscais majoritariamente pelos estados e com suplementação de recursos federais; cobre cerca de 13% da população; elegibilidade e cobertura variam em cada estado. Outros programas públicos são: para os militares (ativos e aposentados) e seus dependentes (<i>CHAMPUS-Civilian Health and Medical Program for the Informed Services</i>) e a <i>Veterans Administration</i> para os veteranos de guerra. Aproximadamente 40 milhões de pessoas, entre as quais 12 milhões de crianças (15% da população – baixa renda, mas não elegíveis para o <i>Medicaid</i> , empregados de pequenas empresas, desempregados, etc.) não têm nenhum tipo de cobertura.

Fonte: Países selecionados retirados de Chollet e Lewis (1997, p. 108-109). Dados complementados por HIAA (1996).

QUADRO 4

Características, Papel e Extensão da Cobertura do Seguro Privado em Saúde, Países Seleccionados da América Latina e Outros

<i>Países</i>	<i>Papel do Seguro Privado</i>	<i>Características do Seguro Privado</i>	<i>Cobertura População (%)</i>	<i>Principais Fontes Alternativas de Financiamento</i>
Argentina	Adicional à seguridade social (obras sociales) gerenciada pelas organizações sindicais	Os trabalhadores <i>colarinho branco</i> redirecionam cerca de 75% da contribuição compulsória da seguridade social para planos privados de pré-pagamento que variam em cobertura. Esses planos, em geral, têm contratos com hospitais.	19%	Seguridade Social opera por meio das <i>Obras Sociales</i> , fundos de contribuição compulsória, gerenciados por organizações sindicais, que proporcionam assistência médica a seus filiados. Serviços públicos de saúde federais, estaduais e municipais (22% do gasto); seguro social (36%) e pagamentos diretos pelo consumidor (23%).
Uruguai	Seguro suplementar	Seguradoras suplementares (35) oferecem atenção ambulatorial, cirúrgica, odontológica, apoio-diagnóstico e planos de remoção para emergências.	5,9%	Seguridade Social. Fundos de doenças (mutualidades) cobrem 55% da população por meio de serviços próprios ou contratados e financiam determinados benefícios (48% dos gastos). Serviços públicos do Ministério da Saúde (16% do gasto) e pagamento direto pelo consumidor (14%).
Chile	Alternativo ao sistema público	Benefícios estão relacionados ao valor da contribuição segundo idade, sexo e número de dependentes. Grandes empresas privadas proporcionam cobertura complementar ou criam suas próprias ISAPRES.	25%	Sistema de seguro-saúde compulsório, FONASA arrecada prêmios (7% sobre salário) e repassa para as ISAPRE privadas, segundo o consumidor opte ou por uma ISAPRE ou pelo sistema público. As ISAPRE cobrem 25% da população, recebendo 44% dos recursos públicos a um valor de US\$ 646,00/ano e gasto <i>per capita</i> de US\$ 297,00/ano. O FONASA (Ministério da Saúde) cobre 70% da população, recebendo 56% dos recursos públicos a um valor <i>per capita</i> de US\$ 121, 00/ ano. O sistema público é subsidiado pelo governo. Militares e outros grupos minoritários têm sistemas próprios (5% da população).
Paraguai	Suplementar à cobertura pública	Empresas de medicina de grupo (cerca de 40) oferecem planos de pré-pagamento a empregados de empresas privadas e às camadas médias em geral.	3%	Sistema de seguridade social e Ministério de Saúde, que oferecem serviços públicos. Existem sistemas de serviços especiais para determinados grupos (forças armadas e polícia; funcionários das universidades e obras de beneficência).
Colômbia	Suplementar à cobertura pública	Seguradoras privadas oferecem planos de saúde privados, voluntários, suplementares à seguridade social.	11%	Sistema de seguro social compulsório, contribuição sobre nível de renda, gerenciado segundo os princípios da competição administrada (denominado <i>pluralismo estruturado</i>). Abaixo de determinado nível de renda é subsidiado pelo Estado. A arrecadação é repassada às novas organizações chamadas EPS (6 públicas, 12 privadas e 7 não lucrativas), segundo a opção do segurado, e que competem com o sistema público por clientela. Essas organizações gerenciam a prestação da assistência médica às suas clientelas. Existem esquemas especiais para a área rural. Metade da população está filiada ao sistema público.

(continua)

(continuação)

<i>Países</i>	<i>Papel do Seguro Privado</i>	<i>Características do Seguro Privado</i>	<i>Cobertura População (%)</i>	<i>Principais Fontes Alternativas de Financiamento</i>
Equador	Alternativo à cobertura pública. Adicional à seguridade social	Planos privados de assistência operados pelo empregador.	12%	Sistema de seguridade social (17% dos gastos) e Ministério da Saúde (14%) oferecem serviços de saúde precários e de baixa qualidade. Gastos: seguridade social. 63% do gasto são privados e 6%, outros.
Peru	Alternativo à cobertura pública e adicional à seguridade social	Seguros de medicina de grupo para trabalhadores de colarinho branco, deduzíveis da declaração de renda, co-participação do empregador, copagamentos e níveis máximos de benefícios.	6%	Sistema de seguridade social, oferece serviços de saúde (36% dos gastos), assim como o Ministério da Saúde (30%), 28% pagamento direto pelo consumidor.
Venezuela	Adicional à cobertura pública	Planos de assistência médica contratados pelos empregadores sobretudo em empresas com mais de 50 empregados. Geralmente financiados por contribuição partilhada. Inclui dependentes.	Baixa cobertura	Sistema de seguridade social pública e Ministério da Saúde oferecem serviços de saúde.
Costa Rica	Adicional à cobertura pública	Não existem companhias seguradoras privadas. Os grupos de rendas mais altas utilizam os serviços privados financiados por meio de esquemas especiais.	Baixa cobertura	Sistema de seguridade social de boa qualidade e alta cobertura populacional.
Panamá	Suplementar à cobertura pública	Empresas em geral proporcionam seguro de assistência médica por meio de medicina de grupo para algumas categorias profissionais, não contributórias.	Baixa cobertura	Sistema de seguridade social e serviços do Ministério da Saúde.
Guatemala	Adicional à cobertura pública	Seguro de pré-pagamento vinculados ao empregador para trabalhadores não sindicalizados. Planos de assistência integral. HMO e PPO surgiram recentemente como novas opções.	5%	Sistema de seguridade social e serviços do Ministério da Saúde.
México	Adicional à cobertura pública	Grandes empregadores proporcionam cobertura para trabalhadores não sindicalizados. Planos não contributivos, com tendência à introduzir contribuição do empregado para aumentar a cesta de benefícios.	1-2%	Sistema de seguridade social para trabalhadores do mercado formal e funcionários públicos, seguro social compulsório para os empregados do setor informal, além de serviços públicos do Ministério da Saúde para os pobres. Cerca de 47% do gasto são privados.

Fonte: Países selecionados, adaptado de Chollet e Lewis (1997, p. 108-109). Dados complementados pela autora pelas seguintes fontes: Larrañaga (1996) (Chile); Londoño (1996) (Colômbia); Recalde (1997) (Paraguai).

QUADRO 5

Regulações Estaduais para os Seguros Privados

<i>Tipo de Regulação</i>	<i>Significado</i>
Garantia de Asseguramento	Qualquer pessoa tem direito a comprar uma apólice, independentemente do seu estado de saúde. Em 36 estados dos EUA foi aprovada legislação garantindo afiliação em todos ou alguns planos no mercado de seguros para pequenos grupos, e 13 estados aprovaram essa garantia para o mercado de seguros individuais.
Garantia da Renovação de Contratos e Continuidade de Cobertura	Qualquer contrato deve ser renovado, independentemente do estado de saúde ou do uso prévio do seguro, exceto por fraudes, não-pagamento, etc. Essa legislação em geral está vinculada à anterior e tem variações de um estado a outro.
Restrição aos Fatores Usados para Determinar Preços de Prêmios	16 estados nos EUA exigem que as seguradoras utilizem alguma forma de partilhamento comunitário de riscos (isto é, obrigatoriedade de um único preço para todos os participantes de determinado plano, voltados para amplos grupos geográfica ou demograficamente definidos). Alguns estados permitem fixar preços de cobertura segundo estado de saúde, mas limitam o valor da variação. Essas medidas têm forçado os subsídios cruzados entre os participantes de um mesmo plano.
Padronização de Benefícios Compulsórios	É uma questão controversa, pois, por um lado, tem o apoio dos prestadores (que nos EUA têm batalhado e conseguido legislações específicas em muitos estados), com aumento da ineficiência e dos custos. Entretanto, nem todos os benefícios obrigatórios são claramente ineficientes. Por exemplo, todos os estados dos EUA asseguram a cobertura do recém-nascido pelo plano familiar, proibindo excluir qualquer doença congênita ou problema de parto como doença prévia e cobrindo assistência médica necessária que, em geral, é muito cara e, de fato, salva vidas, como nos casos de problemas perinatais. Por outro lado, o resultado tem sido que o preço da cobertura familiar é maior, prevenindo esse possível uso, e muitas vezes as seguradoras oferecem planos mais baratos que excluem a cobertura obstétrica e o parto.
Divulgação Ampla de Informações	Tem sido uma exigência cada vez mais incorporada pela legislação regulatória, e cobre desde as cláusulas contratuais até a difusão de dados sobre avaliações tecnológicas de meios de diagnóstico e terapêutica, acesso a prontuários médicos, etc.

Fonte: Elaboração própria com base em informações de Chollet e Lewis (1997, p. 91).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMGE. *Informe de imprensa — dados e números da medicina de grupo*. ago. 1997.
- ACS, G.; LONG, S. H.; MARQUIS, M. S. e SHORT, P. F. Self-insured employer health plans: prevalence, profile, provisions, and premiums. *Health Affairs*, v.15, n.2, p.266-278, 1996.
- ALBUQUERQUE, L.; CALAIS, A. e FERNANDES, M. C. Congresso põe saúde da classe média em xeque. *Gazeta Mercantil*, 22/09/1997.
- ALMEIDA, C. M. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. In: COSTA, Nilson do Rosário e RIBEIRO, José Mendes (orgs.) *Política de saúde e inovação institucional*.— Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p.69-98.
- ALMEIDA, C. M. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP/Associação Paulista de Medicina, v.4, n.2, 1997.
- ALMEIDA, C. M. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Um estudo sobre os países centrais — EUA, Reino Unido, Alemanha Ocidental, Suécia, Itália e Espanha*.— Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública — ENSP/FIOCRUZ, jul. 1995. Tese de Doutorado.
- ANDREAZZI, M. F. S. *O seguro-saúde privado no Brasil*.— Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de mestrado.
- ARROW, K. J. Theoretical issues in health insurance. In: *Collected papers of Kenneth J. Arrow*, v.6, *Applied Economics*.— Cambridge: Harvard University Press, 1985.
- BAAR, N. Economic theory and the Welfare State: a survey and interpretation. *Journal of Economic Literature*, v. XXX, p.741-803, June 1992.
- BAHIA, L. e GIOVANELLA, L. Saúde: o poder da atenção pública. *Saúde em Debate*, n.47, p.8-13, 1995.
- BAHIA, L. *Reestratificação das clientela para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso AMIL*.— Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1991. Dissertação de Mestrado.
- BAHIA, L. *Planos e seguros saúde no Brasil: um estudo sobre a cobertura e organização da oferta*.— Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996. Projeto de tese de doutorado em medicina social. mimeo
- BAHIA, L. *Planos e seguros saúde no Brasil: características da população coberta*.— Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Artigo apresentado no exame de qualificação no doutorado em medicina social. mimeo
- BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo mundial, 1993: invertir en salud*.— Washington, DC, 1993.
- BNDDES; CNI e CEBRAE. *Qualidade e produtividade na indústria brasileira*.— Rio de Janeiro: BNDDES/CNI/SEBRAE, 1996.

- BODEHEINHEIMER, T. S. e GRUMBACH, K. *Understanding health policy — A clinical approach*. Atamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1995.
- BORGES, C. e CALAIS, A. Serviço pode ser regulamentado depois de 40 anos. *Gazeta Mercantil*, 22/09/97.
- BORGES, C. Setor tem 50 mil médicos a mais que o SUS. *Gazeta Mercantil*, 22/09/97.
- BURGOS, M. T.; MAGALHÃES, M. A. E.; VIANNA, M. L. W. e STEIN, M. L. *Público e privado no sistema de saúde brasileiro: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares no setor público*.— Rio de Janeiro: 1991. Relatório final de pesquisa. Convênio CEPECS/CASSI. mimeo
- CIEFAS. *Acompanhamento e desenvolvimento dos planos de assistência saúde*. 1996. Pesquisa CIEFAS.
- CIEFAS. *Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas* abr. 1998. Publicação especial editada pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).
- CFM; FNM; AMB e FIOCRUZ. *Pefil dos médicos no Brasil*. Volume I — Brasil e Grandes Regiões.— Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996.
- CHOLLET, D. J. e LEWIS, M. Private insurance: principles and practice. *In: SCHIEBER, G. Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R. e KARSCH, U. S. A. *A saúde como direito e como serviço*.— São Paulo: Cortez, 1991.
- COHN, A. e ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*.— São Paulo: Cortez, 1996.
- CORDEIRO, H. A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*.— Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
- CREESE, A.; BENNETT, S. Rural Risk-Sharing Strategies. *In: SCHIEBER, G. Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- DAVIS, K. e SCHOEN, K. *Managed care, choice, and patient satisfaction*. Ago 1997. http://www.cmwf.org/health_care/satis.html
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*.— São Paulo: Pioneira, 1975.
- ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. *In: COHN, A. e ELIAS, P. E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*.— São Paulo: Cortez, 1996.
- ENTHOVEN, A. e KRONICK, R. A consumer-choice health plan for the 1990's. *The New England Journal of Medicine*, v.320, n.1, p.29-37, 1989.
- ENTHOVEN, A. Consumer-choice health plan (Parte I) — Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. *New England Journal of Medicine*, v.298, n.12, p.650-58, 1978a.
- ENTHOVEN, A. Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *New England Journal of Medicine*, v.298, n.13, p.709-20, 1978b.
-

- ENTHOVEN, A. Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed competition. *In: SCHIEBER, G. Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- FAMILIES USA FOUNDATION. *New agreement on managed care consumer protection*. 24/setembro/1997. <http://www.familieusa.org/hmoagre.htm>
- FAVARET, P. e OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados — Revista de Ciências Sociais*, v.133, n.2, p.257-283, 1990.
- FELT-LISK, S. e YANG, S. Changes in health plans serving medicaid, 1993-1996. *Health Affairs*, v.16, n.5, p.125-133, 1997.
- FORNS, J. R. e MARTINEZ, I. V. *Posibilidades de desarrollo del cooperativismo en el sector sanitario español*.— Madrid, Espanha: Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, 1986.
- GABEL, J. R.; GINSBURG, B. e HUNT, K. A. Small employers and their health benefits, 1988-1996: an awkward adolescence. *Health Affairs*, v.16, n.5, p.103-110, 1997.
- GINSBURG, P. B. e PICKREIGN, J. D. Tracking health care costs. *Health Affairs*, Fall 1996, p.140-149.
- HIAA. *Source book of health insurance data*.— Washington: Health Insurance Association of America, 1996.
- HSIAO, W. C. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, n.32, p.125-139, 1995.
- IBGE. *Pesquisa sobre a assistência médica e sanitária*. 1990.
- IBGE. *Pesquisa sobre a assistência médica e sanitária*. 1992.
- IMERSHEIN, A. W.; ROND, P. C. e MATHIS, M. Restructuring patterns of elite dominance and the formation of state policy in health care. *American Journal of Sociology*, n.4, p.970-93, 1992.
- JÖNSSON, B. e MUSGROVE, P. Government financing of health care. *In: SCHIEBER, G. Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- LARRAÍN, L. Vision económica del costo de los seguros sociales. Impacto en el Empleo y la Distribución del Ingreso. *In: JUAN GIACONI e RAFAEL CAVIEDES (eds.) Las ISAPRES: hacia la modernidad en salud*. Realidades, perspectivas y desafíos del sistema.— Santiago, Chile: Asociación de ISAPRES A.G./CIEDESS, 1996.
- LETSCH, S.W. Data watch — national health care spending in 1990. *Health Affairs*, v.12, n.1, p.94-110, Spring 1993.
- LONDOÑO, J. L. e FRENK, J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*.— Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.
- LONDOÑO, J. L. Estructurando el pluralismo en los servicios de salud. la experiencia colombiana. *Análisis Económico*, v.11, n.2, p.37-60, 1996.
-

- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática — anos 80. *Physis — Revista de Saúde Coletiva*, v.1, n.1, p.77-115, 1991.
- MACHADO, M. H. *et alii*. *Perfil dos médicos no Brasil*. Relatório Final, v.I.— Rio de Janeiro: Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, FIOCRUZ, 1996.
- MÁRQUEZ, P. V. Control de costos en salud: experiencias en países de las Américas. *Boletín de la Organización Pan-Americana de la Salud*, v.109, n.2, p.111-132, 1992.
- MÉDICI, A. C. *A medicina de grupo no Brasil*.— Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 1991. (Série Desenvolvimento de Políticas Públicas, n.1)
- MÉDICI, A. C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil. *Ad-Saúde — Série Temática*, São Paulo, USP/Faculdade de Saúde Pública, 1994.
- MÉDICI, A. C. e CZAPSKI, C. A. *Evolução e perspectivas dos gastos públicos com saúde no Brasil*.— Brasília: Ministério da Saúde, 1995. Relatório elaborado para o Banco Mundial, como subsídio ao REFORSUS. mimeo
- MÉDICI, A. C. O setor privado prestador de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE. 1991a (Relatórios Técnicos)
- MÉDICI, A. C. *Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil*.— Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991b. (Relatórios Técnicos)
- MÉDICI, A. C. *Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes*.— São Paulo: IESP/FUNDAP, 1992.
- MÉDICI, A. C. A Saúde e o custo e envelhecer. *Como vai? População Brasileira*, Brasília, IPEA/IBGE, ano II, n.2, p.23-4, 1997.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80. In: MENDES, E. V. (org) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*.— São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MUSGROVE, P. *Public and private roles in health: theory and financing patterns*.— Washington: World Bank, 1996. (Discussion paper)
- NAJBERG, S. e IKEDA, M. Variações do nível de emprego na década de 90: uma análise setorial. *Monitor Público*, Conjunto Universitário Cândido Mendes/IUPERJ, n.12, Jan./fev./mar. 1997.
- NICHOLS, L. M.; PRECOTT, N. e PHUA, K. H. Medical savings accounts for developing countries. In: SCHIEBER, G. *Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington:WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- OECD. *Health data 1993: comparative analysis of health systems*.— Paris: OECD, CREDES, 1993.
- OECD. *Health database, 1996*.— Paris: OECD, CREDES, 1996.
- OLIVEIRA, J. A. A. e TEIXEIRA, S. F. *(Im)previdência social — 60 anos de história da previdência social no Brasil*.— Rio de Janeiro:Vozes/ABRASCO, 1986.
- OPAS. *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y Caribe*.— Washington: OPAS, 1994. (Serie Documentos Reproducidos, n.41)
-

- OPAS. *Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe. desafíos para la década de los noventa.*— Washington: OPAS/OMS, 1995.
- PAULY, M. V. The economics of moral hazard. *American Economic Review*, v.58, n.2, p.23-57, 1968.
- PEREIRA, J. Glossário de Economia da Saúde (Apêndice) In: PIOLA, Sergio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães (orgs.) *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde.*— Brasília: IPEA, 1995. (Série IPEA, n.149)
- PRADO, M. e POCHMAN, M. Desigualdade de rendimentos: fatos e versões. *Folha de São Paulo*, 14/12/1997, Segundo Caderno, Opinião Econômica, p.2.
- RECALDE, F. *La reforma del sistema de salud de Paraguay.* Jul. 1997. mimeo. Dissertação de mestrado, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
- REIS, C. O. O.; BAHIA, L. e BARBOSA, P. R. *Regulamentação dos planos e seguros de saúde — custos difusos e concentração de benefícios: considerações para a negociação com base em interesses da cidadania.* 1997. mimeo. Versão preliminar, elaborada como subsídio ao Conselho Nacional de Saúde.
- SCHIEBER, G. e MAEDA, A. A Curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: SCHIEBER, G. *Innovations in health care financing.* Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.— Washington: WB, 1997. (World Bank Discussion Paper, n.365)
- SCHIEBER, G. J. Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries. *Health Policy*, n.32, p.270-293, 1995.
- SMITH, R. Global competition in health care. *British Medical Journal*, n.313, p.764-5, 28 sept. 1996.
- UEHARA, I. Para onde vai o mercado de saúde? *Banco Hoje*, Jul. 1997.
- UGÁ, M. A. *Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico.* IMS/UERJ, ago. 1997. Tese de doutoramento.
- VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. e RUTTEN, F. (eds.) *Equity in the finance and delivery of care: an international perspective.*— Inglaterra: Oxford Medical Publications, Commission of the European Communities. 1993. (Health Research Series, n.8)
- VIACAVA, F. e BAHIA, L. Os serviços de saúde segundo o IBGE. *Dados*, n.20, p.3-30, 1996.
- VIANA, A. L. D.; REIS, C. A. O. e BAHIA, L. Regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil. *Boletim da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, ano XV, abr./Jun. 1997.
- VIANA, M. L. T. W. *Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil.*— Rio de Janeiro: 1995. mimeo. Tese de doutorado apresentada ao IUPERJ.
- VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. e REIS, C. O. *Gratuidade do SUS.* A controvérsia em torno do co-pagamento. nov. 1997. mimeo
- WHITE, J. Managing health care costs in the United States. In: JÉROME-FORGET, M.; WHITE, J. e WIENER, J. M. *Health care reform through internal markets.*— Québec: IRPP, 1995.
-

WIENER, J. M. Managed competition as financing reform: a view from the United States.
In: JÉROME-FORGET, M.; WHITE, J. e WIENER, J.M. Health care reform through internal markets.— Québec: IRPP, 1995.
